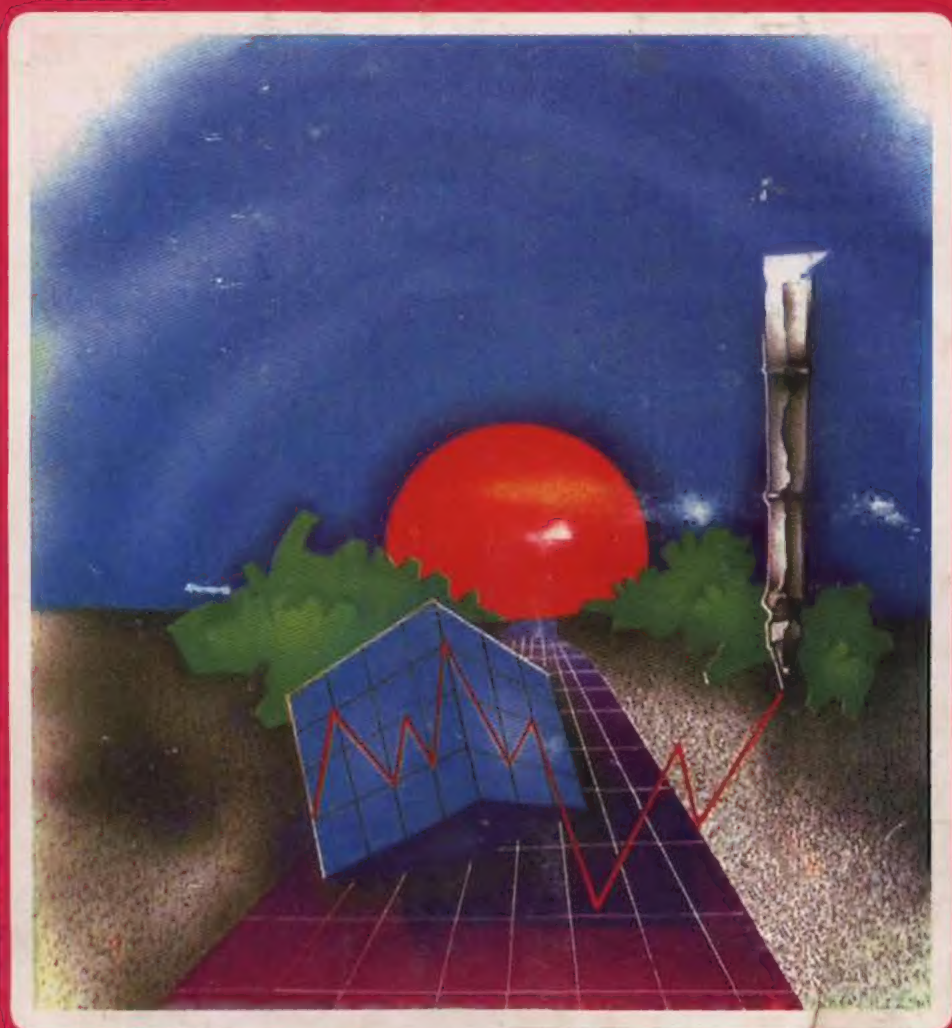


# العلاج النفسي السلوكي

## المعرفي الحديث

أساليبه ومبادئ تطبيقه



د. عبد الستار إبراهيم

# **العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث**

## **أساليبه ومبادئ تطبيقه**

**د. عبد الستار إبراهيم**

أستاذ علم النفس الطبى ورئيس قسم الطب النفسى  
كلية الطب - جامعة الملك فيصل

« فى يقينى أن موقع علماء النفس فى عالم اليوم من أهم  
المواقع وأهمها على الإطلاق . أؤكد هذا لأن كل المعضلات التى  
تواجه البشرية اليوم من حرب وسلام ، ونظام وفوضى ، واستغلال  
وتآخ ، وفهم وسوء فهم ، وسعادة وشقاء ، وحب وكراهية - جميعها  
يكن حلها فى ضوء فهم الطبيعة البشرية فهما جيدا . وإلى هذا  
الهدف تتجه وظيفة علم النفس بكامله وبيذاته » .

« ماسلو »

## بسم الله الرحمن الرحيم

### تمهيد

أتيت لكاتب هذه السطور السفر للولايات المتحدة في زيارة علمية لجامعة ميتشيجان للإطلاع على جوانب التقدم في دراسة الإضطرابات النفسية والعقلية ، وقنن التطور في علاجها أو تعديلها . وهناك أمكن لنا بالفعل أن نلاحظ عن كثب ما يجري في العيادات النفسية الجامعية والمؤسسات العلاجية الخاصة والعامة . وقد إرتبطت ملاحظاتي تلك - لحسن الحظ - بالتدريب المنظم على ممارسة العلاج النفسى والمساهمة في عدد لا بأس به من الندوات والمؤتمرات العلاجية المختلفة . ونعترف بأن ذلك غير كثيرا من مفاهيمنا عن تعديل السلوك البشرى وإضطراباته ، وزاد من إبرائنا لنور العلم والمعرفة التجريبية في إخضاع موضوع كان ولا يزال موطنًا للخرافة والجهل والتدجيل .

وإذا كان الكاتب يلاحظ التغير الحديث ، والتطور في تصوراته عن عملية العلاج النفسى خلال تلك الأعوام الأربعة ، كانت تطفى على ذهنه في كثير من الأحيان رغبة قوية في مشاركة القارئ العربى بعض الخبرات والإطلاعات المنظمة في هذا الميدان . ولم تكن تلك الرغبة صابرة عن هذا فحسب ، بل كان هناك أيضا إحساس قوى بالمسئولية الإجتماعية تجاه أبناء الوطن العربى سواء أكانوا من المتخصصين الذين يرغبون بقوة في العثور على نظرية علمية متماسكة ترشد خطاهم في التعامل مع ما يثيره السلوك البشرى من مشكلات ملحة ، أو كانوا من المواطنين العاديين الذين



م بين العين والآخر ضروباً ومجالاتاً  
يخطئون الطريق لأساليب ومناهج فعالة تساعدهم على مواجهة  
المرض النفسى لديهم ولدى من حولهم ، وتكفيهم شر أفكار  
ية عقيمة .

الحق أن حس المسؤولية الاجتماعية قد إزداد أكثر فأكثراً عندما أتبع  
، العودة سنة ١٩٧٨ إلى أرض الوطن العريس من جديد للتدريس  
راف على التدريب الإكلينيكي لطلاب وطالبات علم النفس بجامعة  
ت. وبالرغم من أننا لاحظنا حماساً شديداً للتفكير العلمى .. وقوة فى  
الأقلام التى تحاول أن تدعو فى شجاعة أدبية واضحة لمزيد من  
مير العلمى والعقلانية فى تناولنا لما تطرحه علينا الحياة بجوانبها  
لغة من تحديات ومشكلات ، فلم يستطع هذا الحماس فيما يبدو أن  
ى على كثير من الأفكار الدارجة حول كثير من القضايا الاجتماعية  
مكلات ناهيك عن المرض النفسى والعلاج . إذا لم تنزل نظرة كثير من  
طين تعشش فيها كثير من الخرافات القديمة والمزاعم الخاطئة فى  
مير المرض النفسى وعلاجه . وحتى بين كثير من المختصين - ناهيك عن  
مة - لاتزال نظرتهم للعلاج النفسى أشبه - فى أحسن الأحوال - بما  
سائداً تاريخ العلاج النفسى منذ ١٥ أو ٢٠ سنة أو يزيد .

ويقضى أن كثيراً من هؤلاء لا يزالون يتصورون بأن العلاج النفسى  
لستقبل التطور فى الطب ، والعقاقير ، وجوانب العلاج البيولوجى  
سات الكهرياء وعمليات المخ الجراحية . وإذا كان هناك إعتراف بنوع  
لاج النفسى على الإطلاق فإن من هو التحليل النفسى كما بلوره "فرويد"  
له القديم القائم على الداعى الحر وتحليل العمليات اللاشعورية ، وطفولة  
سان البكرة وعقده وغرائزه .

ولا أزعج بالطبع أنه لا يوجد من المتخصصين وأصحاب الثقافه الجادة  
ممن لا يعرفون مثلاً بأن هناك تطورات فى العلاج النفسى ومن لا يعرفون بأن  
هذه التطورات تأخذ سبيلاً مختلفاً تماماً عن الطب وعن التحليل النفسى  
الفرويدى . كل ما أزعجه أن هذه المعرفة لم تتحول بعد إلى نظرة علمية  
متأسكة تستطيع أن تواجه كثيراً من المزاعم الخاطئة فى حركة العلاج  
النفسى وتعديل السلوك البشرى . وهو أمر بالطبع يرجع فى كثير من أجزائه  
لإندام الكتابات العلمية فى هذه الموضوعات تقريباً ، كما يرجع - جزئياً  
إلى أن الإلمام بالأساليب الحديثة فى العلاج والتدريب عليها يعتبر شبه  
منعدم فى مؤسسات الصحة العقلية والجامعات العربية .

هذا الكتاب إذن للمتخصص وغير - المتخصص . للمتخصص من  
حيث أنني حاولت أن أعرض فيه بعض جوانب التقدم فى النظريات  
السيكولوجية الحديثة ( نظرية التعلم بشكل خاص ) فى ميدان علاج  
إضطرابات السلوك البشرى . ولهذا فقد حاولنا عند التعرض لى منهج من  
العلاج أن نبين أولاً: أساسه العلمى وما وراءه من بحوث وتجارب ، وأن  
نصف ، ثانياً: ويتفصيل نسبى - طريقة تطبيق هذا المنهج ، وأن نوضح  
ثالثاً أهم الدراسات والتجارب التى تثبت فاعلية هذا المنهج أو ذاك . وهى  
جوانب أعتقد من الضرورى الإلمام بها لمن يفكر فى إتخاذ العلاج النفسى  
مهنة أو لمن يمارسه من الأطباء والمتخصصين فى علم النفس والخدمة  
الاجتماعية . وكتبت أيضاً بطريقة أمل فى أن لا تكون عسيرة على غير  
المتخصصين حتى تتحقق الفائدة المرجوة . فحاولت بقدر الإمكان الإبتعاد  
عن المصطلحات الفنية وعن أساليب البحث ، والتجارب والإحصاءات إلا ما  
كان ضرورياً منها ، وفى أضيق الحدود ، مع إستخدام كثير من الأمثلة  
والحالات الشارحة .

لقد مر الآن أكثر من ١٠ أعوام على صدور كتابي الذي نشر من قبل في سلسلة عالم المعرفة تحت عنوان العلاج النفسي الحديث : قوة للإنسان . وفي خلال هذه الأعوام التي مرت منذ صدوره شهد مسرح العلاج السلوكي تطورات هائلة .. وثبتت حركة العلاج السلوكي أنها بالفعل ثورة في ميدان علاج إضطرابات السلوك الإنساني ومشكلاته ...

صحيح أن الخطوط العريضة لهذه الحركة والمسميات النظرية لها والأهداف النهائية للعلاج النفسي كما تخطط لها إحتفظت بطابعها العام .. إلا أنها استطاعت أن تغزو كثيرا من الميادين .. وتخضع كثيرا من المشكلات للضبط والتعديل . وقد صاحب ذلك تطور في إتساع أساليبها الفنية .. وفي مستوى التطبيقات .

ومن ثم بدأت أعيد التفكير في الامتداد بكتابي السابق مستفيداً بهذه التطورات فأجريت عليه كثيرا من التنقيح والتعديل لتتلائم مادته مع الصورة التي وصل إليها التطور في حركة العلاج السلوكي . وعدلت العنوان قليلا فأضفت كلمة العلاج النفسي السلوكي المعرفي إذ أصبح هذا المفهوم الآن شائعا في الوطن العربي . ومن ثم فإن القارئ أصبح أكثر قابلية له مما كان الحال عليه عند صدور العلاج النفسي الحديث : قوة للإنسان .

د . عبد الستار إبراهيم

١٩٩٤م

## الباب الأول

نظرة عامة في الإضطرابات النفسية وعلاجها

### الفصل الأول : نحن والإضطرابات النفسية والعقلية

### الفصل الثاني : شيء عن العلاج النفسي عبر العصور

### الفصل الثالث : لمحة على الأساليب الحديثة .. من العلاج النفسي

## الفصل الأول

### نحن والإضطرابات النفسية والعقلية

سأحاول في هذا الفصل أن أقدم للقارئ عرضاً لبعض المفاهيم الرئيسية التي سيصادفها في ثنايا الفصول القادمة. فهذا الكتاب - فيما أوضحنا يهدف إلى إعطاء وجهة نظر علمية متماسكة عن عدد من الأساليب الحديثة في العلاج النفسي ، فموضوعه أساساً هو السلوك الإنساني الشاذ أو المضطرب. ومن المفيد - لهذا السبب - أن نتفق على فهم جوانب معينة في هذا الموضوع. فما هو السلوك الشاذ، أو المضطرب؟ وكيف يتحول الناس إلى مضطربين عقلياً؟ وما هي العوامل النفسية المتدخلة في ذلك؟ وهل تزداد النسبة المئوية لحالات الإضطراب العقلي والنفسي؟ وكيف يمكن العلاج؟

هناك في الحقيقة خلاف كبير حول طبيعة السلوك الشاذ. يعترف واحد من أئمة علم النفس الحديث، بأن البدء في تعريف السلوك الشاذ ربما يكون بداية خاطئة " فالعلم لا ينجح دائماً في إعطاء تعريفات معقولة عن الظواهر الطبيعية حتى يصل إلى درجة معقولة من الفهم المتقدم لأسبابها. فالأسهل هو أن نصف وأن نتعرف على قليل مثلاً من أن نعرفه " (١) ولهذا

---

\* الأرقام بين الأقواس تشير إلى أرقام المراجع في نهاية الفصل

سنقدمه هنا يعتبر وصفا للسلوك الشاذ . وليس تعريفا بالمعنى الدقيق .

هناك مدخلان أو طريقان يمكن من خلالهما التعرف على أشياء بشكل عام : الطريق الأول هو الذى يصف الأشياء من لال أصدادها - فنحن نعرف الأبيض لأنه غير الأسود (٢). ونصف الرجل ليس طفلا.. وبهذا المعنى يكون السلوك الشاذ .. ما هو ليس بسليم أو سوى .. ونحتاج هنا أيضا لأن نتفق على أوصاف محددة لما نعتبره سليما صحيحا فى الحياة .

أما الطريق الآخر فهو تعريف الأشياء بالنظر إليها من الداخل .. من لال وصف متعلقاتها الأساسية فنحن لانكتفى بأن نصف الرجل بلثته ليس فلا (كما فى المدخل الأول) ، بل علينا أن نصف ما يتعلق بسلوك الرجل من سوج إنفعالى وقدرة على إستخدام اللغة، والإستقلال والقدرة على الضبط حركى والمشى .. إلى غير ذلك . وفى هذه الحالة يجب التعرف على السلوك شاذ من خلال وصف أنواع معينة من السلوك " تكون غالبية الناس مستعدة للموافقة على أنها سلوك مضطرب أو شاذ. " والآن إلى مزيد من تفصيل عن كل طريقة من طرق التعرف على الإضطراب النفسى .

ونعتبر البدء بوصف السلوك السليم أو العادى مدخلا طيبا بفهم سلوك الشاذ .. وبالرغم من صعوبته . فما من مفهوم يُحير علماء النفس علاجى فى تعريفه كمثل مفهوم السواء .. ربما لأن كثيرا من علماء هذا النوع يتعاملون أساسا مع إضطرابات ومشكلات . لهذا فهم يعتقدون بأن واجبهم أولا تقديم إجابة شافية " وبالتالى علاجا " للمشكلات الرئيسية

والإضطرابات التى تواجه مرضاهم . والناس لا يذهيئون للمعالجين النفسيين لأنهم أسوياء أو عاديين .. بل لأنهم يحتاجون أساسا لخدمة الخبير النفسى وإرشاداته فى مشكلات كالقلق ، والأرق، والعجز عن الفاعلية الإجتماعية، والشقاء .. وغيرها . ومع ذلك فبدون وجود تصور للسلوك الناجح أو السوى أو الصحى قد لا ينجح المعالج أن يهدى من يستشيرونه للطريق الصواب .. فما هو السلوك العادى أو السليم ؟ . ليس ثمة إتفاق فى الحقيقة بين الدراسين والمعالجين المختلفين حول قائمة الصفات التى تستتبعها عملية الصحة النفسية ، ولكننا يمكن مع ذلك أن نستخلص عدداً من الأوصاف لا يثور حولها جدل كثير فى أن من يتصف بها يعتبر على الأقل على قدر لا بأس به من الصحة النفسية والنضوج :

قائمة أربع فئات من السلوك تظهر لدى الأشخاص بعد نجاحهم فى العلاج النفسى كما يمكن أن نلاحظها لدى من نطلق عليهم أسوياء ، أو متكاملين ، أو غير ذلك من ألفاظ الصحة النفسية .

\*\*\* فهناك النضوج ، والمهارة فى تكوين شخصية - إجتماعية فعالة ، والدخول فى علاقات إجتماعية دافئة وإيجابية على أن تكون مقبولة من الشخص نفسه وغير مرفوضة أو مستهجنة من الآخرين .

\*\*\* وهناك التوافق للعمل والمهنة ، أو بتعبير آخر الفاعلية فى أداء العمل ، أو الأنوار الإجتماعية المنوطة بالشخص ، مع البحث النشط عن دور أو أنوار ذات معنى فى الحياة ، إذا ما ظهر - لى سبب من

الأسباب - أن المهنة التي يقوم بها الشخص لا تقدم له الإشباع الذي يسمى إليه .

**\*\* وهناك التوافق مع الذات ، وما يتبع ذلك من قدرة أو قهورات على تعلم خبرات جديدة ، والإستبصار بالذات بما فيها من ضعف وقوة ، وبقرة على تحقيق النفس والأهداف ، وتوظيف الإمكانيات الغربية لتحقيق الإشباع المعنوي ، والجسمي ، والجنسي ، وما يرتبط بذلك من نمو في القدرات الإبتكارية ، واتخاذ القرارات ، وضبط الإنفعالات السلبية الهدامة كالقلق ، والعنوان والإكتئاب والخاوف التي لا معنى لها .**

**\*\* وهناك أخيرا قدرة الشخص على أن ينتهي لنفسه فلسفة عامة في الحياة تسمح له بأن يتصرف بكفاءة ونجاح يتناسبان مع إمكانياته ، وأن يوظف تفكيره لتحقيق التوافق بجوانبه الثلاثة السابقة : الإجتماعية ، والسلوكية ، والنفسية .. وعندما نقول فلسفة عامة لا نعني بالطبع بأن الشخص السوي يجب أن يكون "برتراند راسل" أو "سارتر" ، وإنما بأن يكون للفرد مجموعة من التصورات والقيم والاتجاهات ، والمعتقدات الشخصية التي تساعد على حب الحياة والناس والذات ، وتحقيق السعادة ، والحياة الإجتماعية الفعالة .**

وإستنا نقصد من وضع هذه الصفات أن نستعرض قائمة مفصلة لما نعتبره سلوكا ناضجا أو سليما . ونحن لا نذهب إلى أن هذه الصفات تمثل كل ما يعتبر سليما ، وإنما ركزنا على أهمها ، وعلى العناصر البارزة في

السلوك السوي كما قد يتفق عليها المعالجون النفسيون بمدارسهم المذ ونحن نؤمن عن يقين بأن أي معالج نفسي مهما اختلفت النظرية التي يتبناها سيجد في هذه القائمة صفة أو أكثر يطمح أن يراها تتطور في مريضه ، ويعتبرها مقياسا لنجاحه في العلاج .

إلى هنا ولم نتعرض لهذه الحالات التي نعطيها بلا تردد صفة الشنوء ، أو المرض . لكن ربما كان من أهم ما يمنحنا إياه هذا العرض السابق .. هو أن يوضح لنا بصورة غير مباشرة ، مانعنيه بالسلوك الشاذ أو المرض .

فالمعجز عن التوافق في أي جانب من الجوانب الأربعة التي ذكرناها قد يعتبر علامة على الشنوء والمرض . والواقع أن كلمة شنوء ككلمة سواء من حيث أنها مفهوم ، أو كلمة ، مجازية نطلقها على بعض التصرفات ، والأفعال التي تصدر عن الشخص في مواقف متعددة . والمطلع على مراجع الطب النفسي وعلم النفس المرضي المتعددة - كلها ، لا يجد تعريفا لأمراض شاذة .. إنما يجد قائمة طويلة تتضمن أسماء ومفاهيم لإضطرابات نفسية كالقصور .. والقلق ، والإكتئاب لكل منها أعراض محددة تختلف عن مجموعة الأعراض والتصرفات التي تظهر عند شخص ينتمي لفئة أو أخرى وهكذا فمجموعة الإضطرابات والتصرفات التي تشير إلى الخلل في تحقيق التوافق الإجتماعي والإندماج في أفعال إجتماعية غير مناسبة ومرفوضة ؛ يسهل وصف صاحبها بالجنون والسيكوباتية أكثر من وصفه بالإكتئاب أو السلبية . الخ .

بعبارة أخرى ، فإنك لن تجد في كتب العلم ما يريح إن كنت تتصور بأن المرض النفسي على غرار المرض الجسمي يرتبط بنوعية شاذة في تركيب وظائف العقل أو الأعصاب. فلقد توقف رجال العلم اليوم عن هذا .. كما توقفوا منذ فترة غير قصيرة عن تصور السلوك الغريب (سواء سلوك عباقرة أو مجانين) بأنه مدفوع بقوة شيطانية ، أو أرواح غريبة تحكم الجسم على نحو ما .. وتحرك الإنسان فلا يملك لها رداً .

وربما تسهم كلمة مرض نفسي في بعض الأحيان في إثارة غموض لا يقل عن الغموض الذي تركته لنا التفسيرات الشيطانية القديمة للأمراض النفسية .. فكما أن تلك التفسيرات القديمة نقلت لنا بأن السلوك الشاذ عمل من أعمال الشيطان، ولم تمنحنا بذلك أى معرفة ذات قيمة فيما يتعلق بفهم هذا السلوك أو ضبطه أو علاجه ، كذلك تثير كلمة المرض النفسي التي تستخدم بكثرة تلك الأيام " . فالعنى التقليدى لكلمة المرض هو أنه حالة تتملك شخصا فتحوله إلى شخص مختلف جذريا عن حالته السوية. فهو قد يعاني من الملاريا ، أو من الحمى أو الجلطة .. الخ . ونجد في كل حالة انفصالا بين السوى والمريض . والأكثر من ذلك هناك سبب معين لكل مرض ، كأن نصاب بجرثومة أو تلحق بنا أضرار مادية ما " (١) . ولاشئ من هذا يصح مع الإضطرابات النفسية . والآخرى أن تصور الشخص المضطرب بأنه لا يختلف في طبيعته عن الشخص العادى .. فليس هناك فرق بين المضطربين والاسوياء إلا في مقدار ظهور السلوك الذى نعتبره شاذاً . والقصاصى .. والعصابى والجانح - بهذا المعنى - ليسوا من طبيعة بشرية مختلفة -

ولكنهم بشر يختلفون في بعض أوجه السلوك فقط : وفي أن التصرفات التي لا تحقق لهم ولا لمن حولهم السعادة والرضاء أكثر بكثير مما هي عليه بين من تطلق عليهم أصحاء . وينقلنا هذا إلى الحديث عما نسميه بالتصرفات أو السلوك الشاذ ، وهو الجانب الثانى من تعريف السلوك الشاذ .

الحقيقة أن جوانب السلوك الشاذ ، أو المضطرب متسعة في غاية الاتساع ، وتشمل طائفة كبيرة من الإضطرابات النفسية والعقلية . على أن بعض هذه الإضطرابات نادر ( كحالات المرض العقلى أو الجنون ) ، على حين أن بعضها يشيع شيوعا كبيرا في المجتمع مما يجعلها موضوعا جديرا بالاهتمام كالقلق والكآبة والجريمة .

ونحن في مجال الممارسة العملية نجد أن الإضطرابات النفسية تتفاوت فتشمل تلك الحالات التي تتراوح من مشاعر الكبر والضيق ، والتعاسة ، والملل ، وتمتد لتشمل الحالات العقلية الخطرة التي تتطلب عادة اللجوء للطبيب النفسى أو إلى المصحات للعلاج النفسى والعقلى . والشخص المضطرب نفسيا بشكل عام ضعيف الفاعلية في عمله وفي علاقاته الإجتماعية ولو أن هذا لا يمنعه في كثير من الأحيان من ابتكار كثير من الأفكار الجديدة الهامة ، ومن أن يكشف عن بعض الجوانب من التصرفات لا تختلف عن العاديين .

وهناك طريق تقليدى يتبناه طائفة من الأطباء النفسيين في تقسيم الإضطرابات النفسية - فينظرون إليها على أنها تنقسم إلى مرض نفسى



عصاب) أو عقل (نعان) . والعصابيون أشخاص يتميزون بسهولة الإنفعال ، وتعباء ، تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة ، كالخوف من بعض الموضوعات ، أو الخوف الشديد من المرض الجسمي ، مما يصيب حياتهم دائماً بعدم الاستقرار والتهديد ، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك شر . لكنهم في العادة قادرين على مواصلة النشاط بالرغم من القيود الداخلية التي يفرضونها على أنفسهم . ويقال أننا جميعاً نتعرض لبعض اللحظات العصبانية في حياتنا أثر أزمة أو خبرة من الخبرات المؤثرة في الحياة .

أما الذهانون فهم من طائفة أخرى . نطلق عليهم أحياناً اسم المرضى العقليين أو المجانين وهم باختصار طائفة من الناس التعباء ، ولكنهم خطرون ، وعديمو الفاعلية . وعادة ما يعجزون عن العمل والتكيف للحياة دون عون من الآخرين . إضطراباتهم حاسمة ، وخطرة وتمس التفكير ، أو السلوك الإجتماعي ، أو المزاج ، أو هذه الأشياء كلها مجتمعة .

والعصاب والذهان شيئان مختلفان ، نوعان منفصلان من الإضطرابات . فالإضطرابات الإنفعالية التي تصيب المريض النفسي (العصابي) لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم المريض من الإستبصار بحالته ، فهو يعرف أنه "غير سعيد" وأن "حساسيته مبالغ فيها" ، وأن "مخاوفه من الناس والأشياء لا مبرر لها" الخ ، ولكنه لا يستطيع أن يحمي نفسه من هذا . أما المريض العقلي (الذهاني) فقضيته مختلفة

فالإضطراب يصيب حياته الإنفعالية والمخاطفية والعقلية . ويصل هذا الإضطراب إلى درجة كبيرة من الاختلال في بعض الحالات مما يجعله غير مسؤول من الناحية القانونية عما يصدر منه من أفعال خطيرة بالذات أو بالآخرين . إن الذهانين بشر فقدوا صلتهم بالواقع وتحولوا إلى مجانين بالمعنى القانوني . ويفترض بالطبع أن الإختلال الذي يصيب الذهاني يحرمه من الإستبصار بحالته (٣) .

وبعد الفصل أو الشيزوفرينيا من أهم الفئات التي تنتمي لهذا النوع من الإضطراب العقلي . ويكون الفصاميون ٨٠٪ تقريباً من الذهان . والفصامي - كأي مضطرب ذهاني آخر - يفقد صلاته المعقولة بالواقع ، وكثيراً ما يعزف عن الإتصالات الإجتماعية ، ويستخدم أساليب شاذة في تواصله الفكري مع الآخرين - فكلماته غير مترابطة ، ومبهمة وغامضة . ويسلو من الناحية الوجدانية وكأنه عاجز عن إختبار أي من الإنفعالات الوجدانية ، بسبب ما يملكه من تلبك وجداني ومعتقداته الزائفة (هواجس) كثيرة وقوية ، وتتخذ عدة صور كالشك والغيرة ، والتوجس ، وفي الحالات الشديدة يملكه هواجس قوية من العظمة أو الإضطهاد .

وفي بعض حالات الفصام تكون المعتقدات الزائفة سواء بالعظمة أو الإضطهاد هي الغالبة ، وفي هذه الحالة يسمى هذا النوع من الفصام البارانويا . ويتلوه من تناقض بين العظمة والإضطهاد غالباً ما يستزعان لدى الفصامي . مما يحير الطبيب النفسي في فهم السلوك الفصامي متى ما تحيرت من أن الشخص في سلوك الفصامي .

صواب) أو عقلى (ذهان) . والعصابيون أشخاص يتميزون بسهولة  
الإنفعال ، وتعباء ، تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة ، كالخوف من  
بعض الموضوعات ، أو الخوف الشديد من المرض الجسمى ، مما يصيب  
حياتهم دائما بعدم الاستقرار والتهديد ، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك  
سر . لكنهم فى العادة قاصرون على مواصلة النشاط بالرغم من القيود  
لداخلية التى يفرضونها على أنفسهم . ويقال أننا جميعا نتعرض لبعض  
لحظات العصابية فى حياتنا أثر أزمة أو خبرة من الخبرات المؤثرة فى  
الحياة .

أما الذهانىون فهم من طائفة أخرى . تطلق عليهم أحيانا اسم  
لمرضى العقليين أو المجانين وهم باختصار طائفة من الناس التعساء ،  
لكنهم خطرون ، وعديمو الفاعلية . وعادة ما يعجزون عن العمل والتكيف  
لحياة نون عوز من الآخرين . إضطراباتهم حاسمة ، وخطرة وتمس التفكير  
، أو السلوك الإجتماعى ، أو المزاج ، أو هذه الأشياء كلها مجتمعة .

والعصاب والذهان شيئان مختلفان ، نوعان منفصلان من  
إضطرابات . فالإضطرابات الإنفعالية التى تصيب المريض النفسى  
(العصابى) لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم المريض من الإستبصار  
بحالته ، فهو يعرف أنه " غير سعيد " وأن " حساسيته مبالغ فيها " ، وأن  
" مخاوفه من الناس والأشياء لا مبرر لها . " الخ ، ولكنه لا يستطيع أن  
يحمى نفسه من هذا . أما المريض العقلى (الذهانى) فقضيت مختلفة

فالإضطراب يصيب حياته الإنفعالية والعاطفية والعقلية ، ويصل هذا  
الإضطراب إلى درجة كبيرة من الاختلال فى بعض الحالات مما يجعله غير  
مسؤول من الناحية القانونية عما يصدر منه من أفعال خطيرة بالذات أو  
بالآخرين . إن الذهانين بشر فقدوا صلتهم بالواقع وتحولوا إلى  
مجانين بالمعنى القانونى . ويفترض بالطبع أن الإختلال الذى يصيب  
الذهانى يحرمه من الإستبصار بحالته (٣) .

ويعد الفصام أو الشيزوفرينيا من أهم الفئات التى تنتمى لهذا النوع  
من الإضطراب العقلى . ويكون الفصاميون ٨٠٪ تقريبا من الذهان .  
والفصامى - كإلى مضطرب ذهانى آخر - يفقد صلته العقلية بالواقع ،  
وكثيرا ما يعزف عن الإتصالات الإجتماعية ، ويستخدم أساليب شاذة فى  
تواصله الفكرى مع الآخرين . فكلماته غير مترابطة ، ومبهمة وغامضة .  
ويسود من الناحية الوجدانية وكأله عاجز عن إختبار أى من الإنفعالات  
الوجدانية ، بسبب ما يملكه من تلبك وجدانى ومعتقداته الزائفة (هواجس)  
كثيرة وقوية ، وتتخذ عدة صور كالشك والغيرة ، والتوجس ، وفى الحالات  
الشديدة تتملكه هواجس قوية من العظمة أو الإضطهاد .

وفى بعض حالات الفصام تكون المعتقدات الزائفة سواء بالعظمة أو  
الإضطهاد هى الغالبة ، وفى هذه الحالة يسمى هذا النوع من الفصام  
- البارانويا . وبالرغم من التناقض بين العظمة والإضطهاد عقليا ما  
يستمران لدى الفصاميين . مما يحير الطبيب النفسى فى فهم السلوك  
الفصامى متى ما تحير به من الآخرين فى سلوك الفصاميين .

وتتملك بعض القصاصين إدراكات حسية زائفة يطلق عليها الأطباء قليون هلاوس ذهانية. وأكثر أنواع تلك الهلاوس شيوعا الهلاوس معية التي يصر من خلالها الشخص على أنه يسمع أصواتا حقيقية (لا معها من حوله)، قد تكون واضحة أو مبهمه ، وقد تكون لأناس ميتين أو باء.. أو مشاهير .. الخ. وهناك الهلاوس البصرية ، التي تختلف عن داعات البصرية التي تتعرض لها ، في أنها تأخذ شكل يقين لدى خص بثته يرى أخيلة أمامه يتحدث معها بصوت مسموع دون أن يراها يحيطون به من الآخرين.

ومن أنواع السلوك المرتبطة بالذهان ما يسمى بالهوس ، والشخص هوس تجده في حالة إستثارة تامة .. لا يكف عن الكلام ، والانتقال من موضوع إلى موضوع آخر .. وهو يشابه القصاصي في أن سلوكه مضطرب غيره تسيطر عليه الهواجس ، إلا أن هواجسه تتركز حول القوة ظلمة ، مما تجعله يعتقد بأنه قادر على كل شيء بدما من النزوات نسية إلى الانقلابات السياسية ( ٣ ) .

وقد يضفى البعض صورة وردية على المرض العقلي والجنون بأن مورهما مهريا من وقائع الحياة الصارمة ومنقصاتها ، ويشجع على ذلك التصورات التي يحكيها الخيال الشعبي عن سعادة المجانين ومناهم. الحقيقة أن المريض العقلي أبعد ما يكون عن السعادة والنعيم. لقد نت لنا الخبرة أن نعرف منهم الناث. منهم من كان يأخذ المظهر السعيد شرح يطلق النكات هنا وهناك ( كما في حالات الهوس ) . ومنهم من

كان يجلس وحيدا وينورا ضيا ( كالإكتئاب ) ... ولكن ما أن يبدأ الحديث معهم حتى كان يتكشف بئن هذا الفطاء يخفى من التوتر والشقاء الكثير. يقول واحد من المشتغلين بالدراسات الإجتماعية من المهتمين بدراسة القصاص : "إن الذهان أبعد ما يمكن عن أن يكون حالة من النعيم والسعادة كما يصوره البعض ، بل قد يكون في بعض الأحيان وسيلة وأسلوبا من أساليب التعامل مع الحياة ، وأن الذهانيين لديهم أسباب وجيهة تحملهم على الهرب من مصاحبة البشر ، لكنهم يتوقون في نفس الوقت إلى ذلك أشد التوق" ( ٤ ) .

أما أنواع العصاب فهي تتضمن القلق ، والمخاوف المرضية ، والهستيريا ، والإكتئاب . وهناك أيضا الوسواس الفكرية ، والأفعال القهرية ( القهار ) - وهي عبارة عن أفعال أو طقوس لا يملك الشخص إلا أن يفعلها . منها غسل اليدين مرات ، وعد الأشياء التافهة كمصابيح الإضاءة ، والسيارات . ورغم أن بعض الوسواس في صورها الحقيقية أحداث عادية قد تكون مفيدة ( كالتأكد مثلا من غلق صنبور المياه ) .. إلا أنها في الحالات الشديدة غالبا ما قد تشل المريض عن القيام بوظائفه اليومية بنجاح ( ٥ ) .

أما القلق فيعتبر من الأمراض العصابية الشائعة ، إلا أنه يعتبر سمة رئيسية في معظم الإضطرابات ، نجده بين الأسوياء في مواقف الأزمات ، كما نجده مصاحبا لكل الأعراض العصابية والذهانية على السواء . ويرى كثير من المفكرين أن القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته

لموجات ومناقشات الحادة .. وقد يكون هذا صحيحا . لكن مع هذا نجد الحالات الشديدة من القلق توجد في كافة المجتمعات - ولم يخل منها من من العصور .

والقلق هو إنفعال شديد بمواقف أو أشياء ، أو أشخاص لا تستدعي لضرورة هذا الإنفعال . وهو يبعث في الحالات الشديدة على التمزق لخوف ، ويحول حياة صاحبه إلى حياة عاجزة ، ويشل قدرته على التفاعل اجتماعي والتكيف البناء . ويشمل الإضطرابات في حالات القلق - مثله في ذلك مثل أي إضطراب إنفعالي آخر - الكائن بجوانبه الوجدانية السلوكية ، والتفكير فضلا عن تفاعلاته الاجتماعية . فمن حيث نواحي الشعور (أو الوجدانية) تسيطر على الشخص في حالات القلق شاعر بالخوف ، والإكتئاب ، والشعور بالعجز عن إتخاذ قرارات حاسمة ، بسرعة إتخاذ قرارات لا تنفذ . والشخص في حالات القلق غالبا ما تظهر اضطرابات الفكرية في شكل تبني إتجاهات وأفكار لا منطقية . وقد تبين أن القلق والعصابيين غالبا ما يتبنون أفكارا مطلقة ، متطرفة وغير واقعية ميلون إلى نقد الذات الشديد ، ويضعون متطلبات صارمة على ما يجب أن فعلوه وما لا يفعلوه . أما الجانب السلوكي من القلق فيتعلق بالتورط لإنغماس في سلوك ظاهر من الخوف والتوتر عند إختبار موضوعات القلق . في الحالات الشديدة من القلق يبدأ الشخص في معاناة تغييرات سيولوجية ، كسرعة نبقات القلب ، والتشنج وتقلصات البطن والإسهال ، للوار والعرق البارد - الخ . ولأسباب عملية يعتبر هذا الجانب من أكثر جانب القلق أهمية ، لأن جزءا من العلاج النفسي السلوكي الحديث

يركز على التعديل من هذا الجانب السلوكي الظاهر ، وينجح في تعديله - ويؤدي هذا التعديل في هذا الجانب إلى تعديل في الجانبين الآخرين من القلق ومما جانبنا الشعور والتفكير . وطرق التفاعل الاجتماعي للشخص في حالة القلق تتأثر أيضا فيميل إلى التناقض والحمق والتطرف في علاقاته بالآخرين . والمثال الآتي يوضح صورة الإضطراب التي تتملك الشخص في الحالات الشديدة من القلق :

" أقبلت زوجة محام ناجح في السادسة والعشرين من العمر إلى عيادة نفسية في حالة من الفزع والإنهاك . كانت تعاني من الصداع المستمر والإنهاك والتوتر ومن نوبات تقلصات في البطن والإسهال ، تعرضت لنوبات من التشنج ، يصيبها فيها النوار والعرق البارد ، فقلبها يأخذ في الدق العنيف ، والآم يستبد برأسها (إضطراب في الشعور) . وقد انتابها إحدى هذه النوبات في منتصف الليل عندما كان زوجها في خارج المدينة (موقف خارجي لا يستثير بالضرورة الفزع) . واستيقظت وهي تبكي وترتعد بعنف (إضطراب في السلوك الظاهر) . وتذكرت أنها فكرت (جانب فكري لا منطقي) : هاأنذا مريضة وحيدة ، بينما زوجي بعيد عني ولا أحد يعلم من أنا . وكانت تردد وهي تسرد أعراضها أن سلوكها أحق ، ويقول أنني أثير ضجة لا مبرر لها ولكن الأمر خارج عن إرادتي \* (جانب اجتماعي) " التعليقات بين الأقواس والخطوط من وضعنا " .

\* شلون كاشدان ، علم نفس الشواذ ، ص ٦٥ (مرجع رقم ٥ في قائمة المراجع في آخر الفصل)

وقريب من حالات القلق ما يسمى بالخوف المرضية (هوبيا) .  
حقيقة أن كثيرا من الأطباء النفسيين يعتبرون الخوف المرضي جزءا من  
لق ، ولو أن الخوف في حالة الخواف ينشأ مرتبطا ببعض الموضوعات ،  
الأشخاص ، أو المواقف المحددة . والإنفعال الشديد ، والفزع والإرتباك  
الذي يمتلك الطفل أو البالغ في حالات المخاوف المرضية ، يشبه القلق وكل  
اضطرابات العصابية من حيث أن الخوف الشديد ليس له ما يبرره ، وأن  
شخص يعرف ذلك ، ولكنه يعجز عن التحكم في مخاوفه أو ضبط إنفعالاته  
سورة بناء بما ينتهي به أيضا إلى العجز عن ممارسة حياته العملية  
الاجتماعية .

والخوف المرضي يمكن أن ينشأ كاستجابة لطائفة واسعة من  
لموضوعات التي لا تكون مفزعة في حد ذاتها في العادة . وقد تكون هذه  
لموضوعات حيوانات ، أو أماكن ، أو أشخاص أو مواقف اجتماعية . وتعتبر  
القطط ، والكلاب ، والأماكن المرتفعة ، والمفلة ، والظلام ، والدم ، والموت ،  
مواجهة الناس أو الحديث أمامهم ، والرفض والنقد ، والجنس الآخر ،  
الوحدة ، والجنس .. إلخ ضمن الأشياء التي كثيرا ما تكون موضوعات  
مخاوف المرضية .

أما الإكتئاب فهو مرض عصابي آخر نصابه كثيرا هذه الأيام . وما  
من شخص منا الا وانتابه لحظات في عمره - أثر أزمة خارجية ، أو فقدان  
قريب أو صديق شعر فيها بالحزن والضيق . مثل هذا الشعور نجده يسيطر  
على البعض بصورة أقوى وأطول مما هو معتاد ، لهذا تسمى مثل هؤلاء

مصابين بالإكتئاب ويكون الإكتئاب مصحوبا في كثير من الأحيان بالقلق  
والنأس ، والأرق ، ومشاعر الذنب المبالغ فيها ، وفقدان الشهية ،  
والبكاء المتكرر . وانعدام الثقة بالنفس ، والتأنيب المستمر للذات ، وعند  
نشأة الإكتئاب نجد أن نشاط الشخص يضعف ويقل ، وعلاقاته  
الاجتماعية تنقلص ، ويتفوقع الشخص على ذاته في خيبة أمل ، وعجز .  
ويتجنب المكتئبون ، التعبير عن العدوان والكراهية أما بسبب شعورهم  
الشديد بالذنب في التعامل مع الناس ، أو لخشيتهم من أن ذلك قد يؤدي  
إلى رفضهم من قبل الآخرين . فهم أيضا يخافون من الرفض الاجتماعي  
ويهلون منه هلعا شديدا .. ويتحيدون رضاء الناس .. ويتهون بالرغم من  
هذا ، أو بسبب هذا إلى ادانة الآخرين ، وادانة أنفسهم لأنهم يدينون  
الآخرين .. وهكذا . وتسيطر على المكتئبين أفكار بأن حياتهم عديمة الجدوى ،  
وليس تالوا أن تنتهي حياتهم في الحالات الشديدة بالانتحار : ذلك التصرف  
اليأس الذي يبدو في نظر المكتئب وكلته البديل الوحيد لأحزانه وتعاسته .

وعلكم تلاحظون أن الإكتئاب كالقلق يمثل استجابة انفعالية مبالغ  
فيها ، لكنه بعكس القلق الذي يتجه إلى الأمام ويتعلق بمخاوف وأخطار  
المستقبل ، نجد أن المكتئب يتجه إلى الماضي وأحزان ما فات . لكتهما  
عادة ما يكونان متلازمين .

وبعض أشكال الإكتئاب يسبب ما فيها من عزلة وحزن ، وعدم فاعلية  
وقلق تؤدي أيضا إلى تخريب وظائف الشخصية الأخرى كالتفكير ، وعندئذ  
قد يتحول الإكتئاب العصابي إلى ذهاني . وهذه هي الحالات التي تنتهي

بطرة الهواجس: تلك الأفكار الثابتة التي تسيطر على بعض المكتئبين  
سنة لهم بأنهم عديمي النفع والجدوى. وفي هذه الحالات الشديدة من  
تتاب يقيم الشخص إعتقاده بأن الصياة عديمة الجدوى بالرغم من كل  
جج التي يحاول الآخرون بها إقناعه بأن ما يفكر فيه غير صحيح.

والقلق الوجودي شكل آخر من الإضطرابات الإنتفعالية التي نخلت  
روح علم النفس حديثا. وهو مثل الإكتئاب من حيث أن الشخص يمتلكه  
أعر بأن الحياة عبث ولا قيمة لها، ويفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله.  
أيضا كغيره من أنواع العصاب الأخرى له إضطرابات الوجدانية،  
كروية والسلوكية. فمن الناحية الوجدانية، يكون الشعور القالب هو  
عساس بالملل والفراغ ومشاعر بالإكتئاب المتقطع. ومن الناحية الفكرية  
يطور على الشخص أفكار بأن الحياة لا معنى ولا ضرورة لها. أما من  
حية السلوكية، فإن الشخص يصيح غير مكترث للقيام بأي نشاط، أو  
بعضى في حياته. ولكن أهم من هذا هو التبريرات الفلسفية التي  
كها الشخص بمهارة مبررا بها احساسه ومشاعره وتقاعسه عن أداء  
طاته المعتادة. والقلق الوجودي كالإكتئاب من حيث أن كليهما يحكما  
راق في الحزن، ومشاعر الإغتراب، واللاجوى. لكن ما يقلب في  
ات القلق الوجودي هو اللاإكتراث وغياب المشاعر القوية،  
بدان الاحساس بوجود أى معنى للحياة، أما ما يغلب على  
تب العادى فهو الحزن والإنقباض. وكما فى القلق العصابى  
تتاب، فإن القلق الوجودى دائما ما يكون مصحوبا بأعراض  
تتاب، ومن المحتمل أن تكون الاختلافات بينهما أقل من أوجه

ويسمى القلق الوجودى كذلك، لأن إبرازه تم بفضل كتابات الأباء  
والفلاسفة الوجوديين من أمثال "البرت كامو" و "جان  
بول سارتر" و "أرثر ميلر..." الخ. ولعل القارئ الذى يود أن يتأمل  
فى حالات نموذجية من القلق الوجودى أن يقرأ روايتى "الغريب" لألبير  
كامى، ومسرحية "بعد السقوط" لأرثر ميلر. فكلتا البطلين "ميرسول" فى  
رواية الغريب، و "كويكتين" فى مسرحية بعد السقوط، يعتبرتا تجسيدا طيبا  
لهذا العرض.

وفى الألب العريس، واجت حالات القلق الوجودى فى روايات مثل  
"اللعن والكلاب" و "السمان والخريف" لنجيب محفوظ، "وموسم الهجرة  
للشمال" للطيب صالح. ويبدو أن من الميسر علينا أن نقدم للقارئ حالة  
من القلق الوجودى، لأن العيادات النفسية لا تشاهد كثيرا من هؤلاء  
الأشخاص، ربما بسبب مشاعر اللاإكتراث الحادة التي تجعل من هؤلاء  
الأشخاص ينظرون شئرا لأى خدمة مهنية<sup>(٧)</sup>، أو ربما لأن كثيرا من هذه  
العالات يتم تشخيصها خطأ على أنها اكتئاب نفسى.

وإذا كانت الأنماط السابقة من العصاب، يسيطر فيها القلق والخوف  
والإكتئاب، فإن هناك نوعا آخر من العصابين يظهر وكأنه قد خلى من كل  
هذه الهموم، ولو أن مشاكلهم النفسية تبدو لهم ولغيرهم حقيقية وواضحة  
ولا تقبل الجدل. وفى هذه الطائفة يوجد الهيستيريون.

والهستيريا شكل آخر من العصاب تتبلور أعراضها فى شكايات  
جسمية ليس لها أساس فعلى يمكن للطبيب علاجه. ولا شك أن الهروب من  
الاشياء بالتظاهر بالمرض من أحد الأعراض الشائعة لدى الأطفال. لهذا  
توجد الأعراض الهستيرية بين الأشخاص غير الناضجين والمتخضعين فى  
النكساء. ومع ذلك فإن الهيستيريا تختلف عن التظاهر بالمرض، لأن



الاستجابة الهيستيرية تحدث دون تحكم المريض ویرغم إرادته. فالفرد المصاب بالعمى الهستيرى ، مثلا يكون بالفعل عاجزا عن الرؤية ، ولو أن السبب يضرب بجذوره فى أسباب نفسية دون أن يكون هناك اختلال عضوى فى مراكز الإبصار. والفتيات أكثر استهدافا للإصابة بالهستيريا من الذكور خاصة عندما تكون الأم من النوع المسيطر ، المسرف فى الرعاية ، ومن ثم تهتم اهتماما بالغا بالشكاوى الجسمية والأمراض. ومن أشكال الهستيريا العمى الهستيرى، والصمم الهستيرى، والتشنج ، وفقدان الذاكرة. ولعل هذه الأنواع وغيرها قليل من كثير من الأعراض التى تتألف منها الهستيريا. والهستيريا غالبا ما تخدم هدفا ثانويا ، فهى تساعد الشخص على تجنب المشكلات ، وتجعله مركزا للاهتمام والرعاية ، ويؤدى التركيز على الشكاوى الجسمية فى نفس الوقت إلى أبعاد الشخص عن التفكير فى المصادر الحقيقية للقلق والإحباط فى العالم الخارجى. لذلك تؤدي إزالة الأعراض الهستيرية إلى ظهور القلق فى بعض الحالات.

وهناك أيضا السيكيويثيون أو من يسمون أحيانا بالجانحين. هؤلاء لا تبسوا عليهم أعراض نفسية أو جسمية بالمعنى السابق ، لكن سلوكهم لا يمكن أن يكون من وجهة نظر المجتمع سلوكا متزنا أو عاقلا على الإطلاق. وهم أناس مندفعون ، ضعاف فى إحساسهم بالام البشر ، وعنوانيون ، وضعاف الضمير، ويعجزون عن حساب نتائج أفعالهم. وقد أمكن بإستقصاء عدد كبير من البحوث التى قارنت بين شخصيات الجانحين وغير الجانحين ، التوصل إلى أربعة فروق رئيسية يختلف فيها الجانحون عن العائمين هى :

١- ضعف الضمير ، واختفاء مشاعر الذنب ، والفشل فى اكتشاف الضوابط الداخلية .

٢- البطء فى بعض أنواع التعلم . خاصة التعلم الذى يحتاج للوعى بمعايير وقيم المجتمع .

٣- مواجهة الأحباط بالأنفعا والعنوان دون حساب للنتائج .

٤- ضعف المشاركة الوجدانية ، والعجز عن تقدير مشاعر الآخرين .

: ولأن السلوك الجانح دائما يظهر فى شكل معاد للمجتمع ، فانهم يدعون أحيانا بالمرضى الاجتماعيين (سوسيويثيين) ويرغم من أن الجريمة هى السلوك الذى تلجأ اليه هذه الفئة لحل صراعاتها عادة ، فان هناك أنواعا أخرى من الانحرافات التى تشيع فى هذه الفئة كالسرقة والكنب. ويظن خطأ بأن المدمنين على القمور والعقاقير من هذه الفئة. غير أن المدمنين مشكلات خاصة ، وبواعث مختلفة. ولو أن الجانحين والسيكيويثيين غالبا ما يتشيعون لهذه الإضطرابات. ونسبة الجناح بين الذكور ترتفع عن نسبة الإناث الجانحات ثمانى مرات على الأقل. وتثبت البحوث على عصابات الجناح التى تضم الذكور والإناث ، أن الذكور يتجهون إلى الخشونة والاعتحام واختراق القانون ، بينما تقوم الإناث بعملية التشجيع والتريض.

وسلوك الجانحين متنوع من حيث الإضطراب النفسى، ففهم من العصاة: القلق ، والتوتر ، والصراعات الداخلية ، وفهم من الذهان : العدوانية ، وعدم الاستبصار بنتائج السلوك. لكن هناك ما يسمى بالجانح الاجتماعى الكاذب ويسمى هكذا لأن الشخص يسلك نحو أعضاء الجماعة التى ينتمى إليها سلوكا لائقا ، لكنه لا يسلك نفس السلوك نحو من هم هم خارجها. وقد تبين فى دراسة لـ ٥٠٠ طفل جانح ، أن بينهم من هم

أسواء من الناحية النفسية ، لكنهم يحملون قدرا مرتفعا من الكراهية نحو السلطة ، ويرفضون قيم المجتمع الخارجى الذى لا تنتمى له جماعة الجانح . ولا شك أن من قرأ رواية " الجريمة والعقاب " لـ دىستوفسكى سيشده التشابه الشديد لبطل الرواية بهذا النوع من الجناح الكاتب (٨) .

نحن نكتفى إلى هنا بأنهم الشكاوى والأعراض البارزة فى ميدان الإضطرابات النفسية والعقلية . ولكننا نبادر فنقول أن ما عرضناه لا يشمل فى الحقيقة كل الإضطرابات والشكاوى التى نقرأ عنها أو نسمع بها من الآخرين . فهناك أيضا الشكاوى التى بدأت تغزو ميدان علم النفس حديثا ، وتلك التى تتحول فيها صراعات الحياة والقلق إلى إصابة وظائف الجسم باضطلال كارتفاع ضغط الدم ، والربو ، والقرحة . وغيرها من طائفة الإضطرابات التى تسمى بالأمراض السيكوسوماتية . ولعل القارئ يفقر لنا قصور هذا العرض ، ولعله أيضا يقدر بأننا لم نقصد من هذا العرض البسيط كتابة مؤلف عن الطب العقلى والسلوك الشاذ ، بقدر ما نهدف إلى الاستبصار ببعض المفاهيم الرئيسية المعهدة للفصول الرئيسية من كتاب عن تعديل السلوك البشرى . ولعل القارئ الذى يود مزيدا من الإستبصار عن هذه الموضوعات أن يرجع إلى المراجع رقم ٨ ، هـ (ب) المسجلة فى قائمة المراجع العربية .

ويبقى الآن سؤال نشعر بأن اثره تخدم أيضا مبرراتنا فى تخصيص كتاب من هذا النوع للمكتبة العربية ، ويتعلق بمدى انتشار هذه الإضطرابات . فالى أى مدى تنتشر الإضطرابات النفسية والعقلية ؟

يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن عدد العصائيين يتراوح ما بين ٣ : ٥ ٪ من عدد سكان أى دولة . والحقيقة أن نسبة التعساء بسبب الإضطرابات النفسية والعقلية أو الإجتماعية قد تكون أكبر من هذا إذا ما لاحظنا بأن فى حياة كل شخص تقريبا لحظات محددة طويلة أو قصيرة يشعر فيها بالإضطراب ، وأن الأمور أفلتت من يده ، أو يعانى من حالات يوشك فيها على الانهيار العصبى وأن أسلوبه فى الحياة لم يعد يجدى معه .

ويقدر مركز الخدمات الصحية فى إحدى الجامعات الانجليزية أن ٤ ٪ من الرجال و ٥ ٪ من النساء يعانون من أعراض نفسية (أو ذهانية لفترة قصيرة) أثناء حياتهم العارسية . وإذا أخذنا من هذه النسبة محكا ، فإن نسبة العصاب ستزيد عن هذا دون شك . وفى دراسة مسحية على خمسة آلاف أمريكي ، وجد أن ٤ ٪ منهم كانوا يعانون من الإضطراب المزمن ، و ١١ ٪ يشعرون بالإكتئاب النفسى والتعاسة ، و ١٩ ٪ تتملكهم مخاوف من الانهيار العصبى بين لحظة وأخرى ، و ٢٣ ٪ صادفتهم مشكلات احتاجت لتدخل أخصائين نفسيين أو اجتماعيين . أما نسبة الذهان فهى تصل إلى أكثر من ١ ٪ فى المجتمع . والنساء أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية من الرجال ، وكبار السن يرتفعون أيضا بمقارنتهم بالصغار فى جوانب معينة من الإضطرابات النفسية كالإكتئاب (٩) .

وقد يتبادر لذهن القارئ أن هذه النسب تنطبق على المجتمعات الغربية وهى ليست مقياسا لمجتمعاتنا العربية . وقد نتوهم بأن المجتمعات

النامية ، التي تقل فيها ضغوط الحياة تفلو من الإضطرابات النفسية . لكن هذا غير صحيح ، فعلماء النفس الانثروبولوجي \* يؤكدون أن الأمراض النفسية توجد في كل المجتمعات التي درست . بالرغم من أن هناك بعض الإضطرابات التي قد يقل ظهورها في المجتمعات البدائية ، كالأمراض السيكوسوماتية ( إرتفاع الضغط ، والقرحة .. إلخ ) التي ترجع إلى إضطرابات العمل وضغوطه ، إلا أن هناك إضطرابات أخرى تسود في المجتمعات الأفريقية ، ولا تسود في المجتمعات الغربية كجنون السعار في بعض المجتمعات الأفريقية . لكن الذي لاشك فيه أن الإضطرابات النفسية والعقلية ليست حكرا على المجتمعات الغربية - وأنها تشكل في الحقيقة مشكلة لكل المجتمعات الإنسانية - ففي مسح اجتماعي لحالات الفصام المزمن في مناطق "غانا" الأفريقية ، وجد أن نسبة الفصامين (والفصام يشكل ٨٠٪ من حالات الذهان) تصل إلى ٩٪ من عدد السكان - في مقابل ٨٪ من عدد السكان في أوروبا وأمريكا . وفي دراسة حديثة أجريت في ثلاث قرى هندية تتكون من تسعة آلاف نسمة تبين أن ٣٧٪ من السكان صرحوا بأنهم يعانون من أحد الإضطرابات النفسية بشكل أو بآخر . وزادت هذه الأعراض بين النساء أكثر من الرجال ، وبين الفقراء أكثر من الأغنياء . صحيح أن نسبة من هذه الإضطرابات لم تكن خطيرة ولم تستدع الإيداع في المصحات العقلية إلا أن من الشيق أن نلاحظ مع هذا أن نسبة الـ ٣٧٪ تقترب من الإحصاءات الواردة من الغرب .

\* يهتم علماء النفس الانثروبولوجي بدراسة السلوك البشري في المجتمعات والمضاربات المختلفة دراسة مقارنة .

أما في العالم العربي فاثنا نعتقد بأن الأمر لا يختلف كثيرا . صحيح أنه لا توجد مثل هذه الدراسات المسحية الشاملة ولكن بعض الدراسات المحدودة . قد تفي بالغرض . ففي دراسة مقارنة أجراها الكاتب على ثلاث مجموعات من الطلاب في أمريكا وبريطانيا ومصر (١٠) تبين أن نسبة العصابية والقلق تزداد بين الطلاب المصريين ، يتلوهم الأمريكيون ، ثم الإنجليز . كذلك أجرى غالي (١١) دراسة على ١٨٨٢ فردا من المقيمين في الكويت من بينهم ٤٥٠ من الكويتيين الذكور ، ٥٥٧ من الكويتيات ، ٥٧٥ من غير الكويتيين من الذكور ، ٢٩٦ من غير الكويتيات . أمكن سؤالهم جميعا أسئلة وإستفتاءات مماثلة تماما لإستفتاءات أستخدمت في إنجلترا ، وكان هدفها أن تبين مدى شيوع القلق وعدم الاستقرار الإنفعالي في داخل المجتمع الكويتي (١١) . وقد سمحت لنفسى أن أقارن النتائج المستخلصة من هذا البحث بنتائج بحوث مماثلة في المجتمعات الغربية (الإنجليزية والأمريكية) لكي تتضح لنا بعض الفروق . وكما في بحثنا السابق تبين هنا أيضا أن حظ الكويتيين لا يقل عن حظ المصريين من حيث إرتفاع مستويات القلق والإضطرابات العصابية . فلقد إزداد شيوع العصاب بينهم أكثر من المجتمع الإنجليزى . وفي داخل المجتمع الكويتي ترتفع (ولأسباب غير معلومة) الميل العصابية بين المواطنين الكويتيين عن الوافدين من الدول العربية الأخرى ، كما أن الإناث عامة سواء كن كويتيات أو وهدات كن أكثر عصابية ، وقد أبرزت الدراسة أن أكثر المجموعات عصابية هي فئات تلاميذ المرحلة الثانوية وأصحاب المهن ، أما المشتغلون بالتدريس فهم أميل لعدم الاستقرار والعصابية من غيرهم من أفراد المهن الأخرى . وتتبع أهمية هذه النتائج في أنها تساعد على تخطيط أى برامج وقائية لمواجهة الإضطرابات النفسية قبل إستفحالها .

وفي دراسة أخرى حديثة ( لم تنشر ) ، قمت بإعطاء الترجمة العربية من مقياس تأكيد الذات (الفصل السادس) لثلاثمائة طالب وطالبة في المرحلة الجامعية بمدينة البيضاء بليبيا . ومن المعروف أن هذا المقياس يساعد على إكتشاف جوانب العجز عن تأكيد الذات والثقة في مراجعة الآخرين ، ويساعد على تشخيص جوانب الفشل في التعبير عن الإنفعالات والحاجات النفسية بشكل ملائم . وهي جوانب من المعروف أن زيادتها تدل على القلق الإجتماعي وميول الإنسحاب والأنزواء والعصاب . وتبين النتائج في مجملها أن ما يقرب من ٥١,٦% من العينة عبرت عن العجز عن تأكيد الذات وانخفاض الثقة بالنفس في مواقف التفاعل الإجتماعي . وقد إزدادت النسبة في العبارات الآتية :

- هل أنت من النوع الذي يعتذر بكثرة ؟ (٩٦% أجابوا بنعم) .
- هل تحافظ أحيانا على هدوءك بحثا عن السلام ؟ (نعم ٨٥% ) .
- إذا ضايقك قريب تحترمه هل تخفي مشاعرك بدلا من الكشف عن ضيقك الحقيقي ؟ (نعم ٧٥% ) .
- هل تجد صعوبة في بدء مناقشة أو حديث مع شخص غريب عنك ؟ (نعم ٦٥% ) .
- هل تجد صعوبة في تأنيب مساعد أو شخص أقل منك منزلة ؟ (نعم ٦٥% ) .

- هل تتجنب الشكوى من خدمة مسيئة في مطعم أو مكان عام ؟ (نعم ٥٧% ) .

- هل تتجنب الأشخاص المحبين للتسلط والسيطرة ؟ (نعم ٧٣% ) .

وفي دراسة مماثلة على نفس العينة السابقة قمنا بإعطاء مقياس للخجل الإجتماعي ونظرا للنتائج المماثلة بكثير من الدلالات عن إنتشار هذه الظواهر في مجتمعاتنا العربية نوضح فيما يلي بنود هذا المقياس وإجابات الطلاب على كل بند منها .

### جدول (١)

الخجل الإجتماعي في مجتمع عربي

( العدد = ٢٠٠ من عينة جامعية مختلطة )

النسبة المئوية لمن أجابوا « نعم » %	النسبة المئوية لمن أجابوا « لا » %	فقرات الخجل الإجتماعي
٥٠,٥٠	٤٩,٥٠	١- أشعر بالهدوء حتى في المواقف الإجتماعية الجديدة وغير المألوفة .
٤٤,٨٥	٥٥,١٥	٢- أتجنب المواقف التي أجد فيها نفسي مرغما على الاختلاط وتبادل الأحاديث الإجتماعية مع الآخرين . . .
٩٥,٥٥	٤,٤٥	٣- من السهل علي أن أكون هادئا وعلى راحتي مع الغرباء .

النسبة المئوية لمن أجابوا « لا » %	النسبة المئوية لمن أجابوا « بنعم » %	فقرات الخجل الإجتماعي
٢٧,٢٥	٦٢,٧٥	١٢- أقوم أحيانا بشعريرف الناس بعضهم باليقض الآخر.
٥٧,٥٥	٤٢,٢٥	١٢- أتجنب المناسبات الرسمية والاجتماعات.
٥٢,١٥	٤٧,٨٥	١٤- عادة لا أفوت أى اجتماع
٢٥,٢٥	٦٤,٧٥	١٥- من السهل على أن أشعر بالهذوء والإستمتاع بلقاء الآخرين

المتوسط العام للخجل الإجتماعي ١٢,٤٥ %

ومن الواضح من الجدول أن الخجل والإلتسحاب من التفاعل فى المواقف الإجتماعية تنتشر بين ما يقرب من ٤٥% من أفراد العينة وهى نسبة عالية لكون شك. وإذا لاحظنا أن الخجل الإجتماعي يمثل أحد المظاهر العصبائية (١٢) - فإن هذا الجدول يدل بشكل عام على أننا عرضة كغيرنا من الدول للإصابة بالأمراض النفسية بنسبة مقاربة أو أعلى قليلا.

والآن هل تتجه الإضطرابات العقلية والنفسية إلى الزيادة بسبب ضغوط الحياة الحديثة ؟ .. أجل .. ! فتزايد المعرفة بموضوعات علم النفس والإضطرابات النفسية تؤدي إلى زيادة فى إكتشاف الإضطرابات، والتوصية بعلاجها. لكن الزيادة بالطبع تلمس بعض جوانب الإضطرابات أكثر من الجوانب الأخرى.

النسبة المئوية لمن أجابوا « بنعم » %	النسبة المئوية لمن أجابوا « لا » %	فقرات الخجل الإجتماعي
٥٤,٠٠	٤٦,٠٠	٤- أشعر برغبة خاصة لتجنب الإلتقاء بالآخرين.
٧٦,٨٠	٢٣,٢٠	٥- عندما أتحدث مع رؤسائى "أرأسائقتى" أبادلهم الأحاديث برغبة صادقة.
٥٤,٠٠	٤٦,٠٠	٦- أتجنب الإنضمام لجماعة كبيرة من الناس تتحدث فيما بينها.
٤٢,٨٥	٥٧,١٥	٧- أشعر بالحرج عندما أكون وسط مجموعة من الناس.
٢٧,٠٠	٧٣,٠٠	٨- أميل للإلتسحاب والبعد عن الآخرين.
٦٥,٥٥	٣٤,٤٥	٩- لا أشعر بأى حرج من الحديث مع الناس فى الحفلات أو اللقاءات العامة.
٦٠,٠٠	٤٠,٠٠	١٠- لا أشعر بالمرء بهوثى وراحتى عندما أكون فى وسط مجموعة كبيرة من الناس.
٤٠,٢٠	٥٩,٨٠	١١- أخلق دائما الأعذار عندما تناح الفرصة للإجتماع بالآخرين أو الإلتقاء بهم فى حفل أو رحلة.

ففى حالة الذهان لاتحدث الزيادة بشكل مضطرب - بل أن هناك هبوطا فى معدلات الإلتحاق بالمستشفيات العقلية الأمريكية بعد سنة ١٩٥٥م . وجاء هذا مواكبا للتجاح فى إكتشاف بعض العقاقير والمهدئات . لكن بينما نقص عدد الفزلاء الذهانيين فى المستشفيات زاد عدد زياراتهم للعيادات الخارجية . ويدل هذا على أن العقاقير تهدىء من شدة الأعراض ، ولكن آثارها العلاجية غير حاسمة . ومن ناحية أخرى ، فهناك زيادة فى عدد الذهانيين بعد سن ٥٥ فى الدول الغربية ، غير أن هذه الزيادة ترتبط فيما يبدو بظروف الرعاية التى بدأت تقدم بكرم وسخاء نحو المسنين مما يؤدى إلى تطور الأساليب التشخيصية التى ساعدت على إكتشاف الإضطرابات الذهانية بين المسنين . ولهذا فإن الزيادة التى يلاحظها قد تكون نتيجة لتطور وسائل إكتشاف الإضطراب ، ولايعبر عن زيادة فعلية فى الإضطرابات الذهانية لدى المسنين .

أما بالنسبة للأمراض النفسية : القلق والإكتئاب ، فيبدو أنها فى تزايد مستمر بالرغم من إزدياد تعاطى العقاقير المهدئة . وهناك دلائل واقعية على أن القلق أو النزعات العصبية تتزايد فى دول العالم النامى . ويبدو أن ضغوط الحياة وميل المواطنين فى هذه الدول لتبنى قيم المجتمعات الغربية المادية ، يخلق ضغوطا على الأفراد مما يسم حياتهم بالصراع والقلق . ويؤكد هذه النظرية أن هناك أيضا زيادة فى الجريمة والجناح بصفتيها نتيجة للفرص غير المتكافئة من النجاح فى مجتمع رأسمالى . ويقرر عزت حجازى (١٢) أن الإلتجاء نحو الأمان وشرب الخمر وتعاطى العقاقير أصبح الآن مشكلة تواجه بعض القطاعات فى المجتمعات العربية . صحيح فيما يلاحظ حجازى أن التعاطى والأمان ما زال محدودا ، إلا أنه بدأ يشهد موجة من الإزدياد منذ أوائل السبعينات شاملا الذكور ،

بعض فئات من الإناث ، وطلبة الجامعة ، وأبناء الطبقات الدنيا والوسطى والطبقة على السواء . وبالرغم من أن حجازى يريد أن يوحى بأن تلك الإضطرابات وغيرها من مشكلات إجتماعية ترتبط بالإغتراب والتغير الإجتماعى وغيرها من العوامل الإجتماعية ، فإن الملاحظة تشير إلى أن الجناح والإدمان تظهر عند البعض ولا تظهر عند البعض الآخر . فتحت نفس الظروف الإجتماعية السيئة قد يتحول البعض إلى جناح وبعضهم قد يختار القلق . ويبقى لبعضهم الثالث الإلتجاء إلى بعض السبل البناة - مما يدل على أن هناك عوامل أخرى نفسية ، تحكم حتى الإضطرابات فى السلوك الإجتماعى كالجناح والجريمة والإدمان . ويشير هذا إلى ضرورة أن تساير الخطط الإجتماعية فى الوقاية والعلاج ، خطط نفسية تولى إهتمامها للفرد الإضطراباته . ويقودنا هذا الحديث عن مصادر الإضطرابات النفسية إلى السلوك الذاتى .

آن الآن وأن الحديث عن مصادر الإضطرابات النفسية .  
وسنعرض لثلاثة مصادر هى الوراثة ، والتعلم الإجتماعى ، والضغوط أو الأزمات البيئية .

وبالرغم من أن كل مصدر من هذه المصادر كفى وحده بإحداث الإضطرابات النفسية ، إلا أن الإضطراب النفسى يحدث عادة بسبب إلتقاء هذه العناصر الثلاثة مجتمعة ، أو اثنين منها على الأقل . لهذا فالحديث عن أن الوراثة هى السبب ، أو أن التعلم من البيئة هو السبب أشبه بالحديث عن أيهما يؤدى إلى زيادة نسبة حوادث السيارات فى بلادنا : ضعف التدريب على القيادة ، أم تزاخم السيارات فى الطرق والميادين ؟ !



١ - والحقيقة أن الشخص يولد لديه استعداد وراثي ضعيف لتحمل الضغوط ، والتداعى أمام الكوارث ، وتساعد البيئة (خاصة خبرات الطفولة السيئة) على تعميق هذا الاستعداد فيحدث الانهيار بسبب صعوبات الحياة العيية .

ومن المعروف أن بعض الأسر يشيع فيها نمط معين من الإضطراب : الفصام أو القلق أو الميل للجنوح - لكن هذا لا يعنى أن تلك الإضطرابات مورثة ، فقد تكون بسبب أن الأبوين يخلقان مناخا مضطربا مؤثرين بذلك تأثيرا مباشرا على الطفل فى إختيار هذا الأسلوب المضطرب من الحياة .

ومن أفضل الطرق للحسم فى تأثير الوراثة دراسة التوائم الأخوية (غير المتطابقة) والتوائم المتطابقة . فالتوائم المتطابقة هى التى تحدث بسبب انقسام بويضة واحدة ، لهذا فالخصائص الوراثية تتساوى - بحيث أن الاختلاف الذى يحدث فى سلوك توأمين يمكن أن يكون راجعا لعوامل التعلم الإجتماعى . أما التوائم الأخوية فهى تنشأ نتيجة لتخصيب مستقل لبويضتين ، لهذا فالتشابه بينهما لايزيد عن التشابه بين الأخوة فى الرضاعة . وعلى هذا فإذا قارنا سلوك التوائم المتطابقة بسلوك التوائم الأخوية فى ظروف إجتماعية مختلفة لوجدنا أن التوائم المتطابقة أكثر تماثلا من التوائم الأخوية فى جانب معين ، فإن هذا يعنى أن هذا الجانب موروث إلى حدما . ويبين الجدول الآتى النسبة المئوية لانتشار الإضطرابات النفسية بين التوائم وهى مثيرة للتأمل بحق .

## جدول ( ٢ )

نسبة الإضطرابات العقلية بين التوائم

نسبة التشابه بين التوائم غير المتطابقة %	نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة %	نوع الإضطرابات
١٥ : ١٠	٨٦ : ٦٧	الفصام
٢٩ : ١٥	٧٠ : ١٠٠	الهوس والإكتئاب
١٤	٢٥	الانحرافات السيكويائية
٢٥	٥٣	العصاب (القلق والهستيريا)

ملحوظة :

هذا الجدول مأخوذ عن أبحاث علم النفس ومشكلات الحياة الإجتماعية . مرجع رقم ٥ / (ب) والجدول يميز عن متوسط النتائج عديد من الدراسات .

والذى نستنتجه بوضوح من الجدول أن كل الإضطرابات النفسية تخضع للوراثة جزئيا ، نون أن يلقى هذا دور العوامل البيئية والابغث نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة مائة فى المائة . غير أن هناك بعض الإضطرابات تمنح الوراثة فيها إستعدادا قويا للإضطراب ، ويزداد تدخل الوراثة فى الأمراض العقلية (الفصام والهوس والإكتئاب) يتلوها العصاب ثم الإنحرافات السيكويائية والجنوح .

ب - يقرر الجدول على أية حال ، أن الوراثة وحدها لا تحدث الإضطراب السلوكي وأن الخبرات البيئية التالية يجب حسابها بقوة. ويزداد تأثير الخبرات البيئية في مراحل الطفولة - هناك ما يؤكد عن يقين بأن ظهور الإضطراب النفسى - السلوكي يرتبط بأساليب محددة من تنشئة الاطفال ، وأن كل إضطراب يرتبط بخاضية مستقلة من خصائص التنشئة لا تظهر في الإضطرابات الأخرى (١٤).

فدراسة الأشخاص المصابين بالقلق بينت أنهم ولدوا لأباء يتميزون بالضبط الشديد ، وأن علاقتهم بأبنائهم تميزت بالتوتر والتخويف في المواقف الاجتماعية. وتنتهى هذه الخبرات بالشخص فيما بعد إلى سهولة تعلمه وإكتسابه للمخاوف المرضية. تلك المخاوف التى تعتبر السمة الأساسية لكل جوانب القلق والعصاب.

أما حالات الجناح فتربط بالرفض والعقاب البدنى ، مما يدل على أنه ينشأ من نوعية مختلفة من التنشئة.

وقد أشرنا إلى أن طفولة الهيستيريين ذات طبيعة مختلفة. فوالدة الهيستيرى (أو الهيستيرية) تكون من النوع الذى يسرف فى الرعاية ، والسيطرة، وتولى اهتمامها للشكاوى الجسمية ، والأمراض البدنية. ويؤدى هذا إلى اللجوء إلى الحيل والأمراض الجسمية فى مواجهة الأحباطات والصراعات: وهذا هو جوهر مانسميه بالهستيريا.

والفصام يظهر غالبا لدى الأشخاص الذين يتعرضون فى طفولتهم للكف والعزلة عن الأطفال الآخرين. ولم يتمكن العلماء حتى الآن من

إكتشاف ما إذا كانت هذه العزلة ترجع إلى فشل الشخص فى إكتساب وتعلم المهارات الاجتماعية التى تساعد على التكيف الفعال ، أم تعكس سمات موروثة من الشخصية. وهناك دراسات شديدة تبين أن الفصامين يتأثرون من أمهات كثيرات الغضب ، ولكنهن مسرفات فى الرعاية فى نفس الوقت. كما توضح هذه الدراسات أن تخلف الفصامى فى فهم العلاقات الاجتماعية وعجزه عن التواصل بالناس ، إنما يتسبب عن إضطراب التوصل بين وبين الأبناء فى الفترات المبكرة. أى أن الفصامى لم يجد نماذج من اتصال الجيد فى داخل الأسرة يمكن أن يحاكيها فى تفاعله مع المواقف الاجتماعية المختلفة. وهناك نظرية تثبت أن الإتصال بين الأم والفصامى منذ ما يسمى، بشكل الرسائل الزوجية (١٢) فالأم تتصرف بطريقة معينة معها تتوقع إستجابة مختلفة. بحيث أن الطفل يتلقى رسائل (أو منبهات) أنه يجب أن يسلك على نحو معين ولكنها رسائل تتضمن فى الوقت عينه بعض المعلومات التى تتناقض مع ذلك تناقضا ملحوظا. لذلك يصبح الطفل النفسية المحكوم عليها بالفعل مهما كان قرارها أو إختيارها. ولعل نظرية الرسائل الزوجية وما تسببه من حيرة نلاحظه فى الحادثة الآتية التى حدثت على مشهد من الكاتب نفسه فى إحدى مستشفيات الطب العقلى بالولايات المتحدة.

مرضى فصامى فى السابعة عشر من عمره كان فى أسبوعه الخامس فى المستشفى عندما حدث ذلك. فبعد أن أجمعت ملاحظاتنا الاجتماعية النفسية أنه قد بدأ يتحسن ويسلك سلوكا اجتماعيا إيجابيا جاءت أمه فى نهاية الأسبوع لزيارته .. فلما رآها وذهب لتحياتها صاحت : " ألا تخجل من

نفسك بعد هذه الفترة أن لاتسرع بتقبيلي" ولما قام بذلك أحمر وجه الأم ، وأبعدت جسمها عنه بحذر ، أحمر وجه الشاب ، وددت عليه علامات العرج والعجز عن التصرف . وقد لاحظنا بعد ذهاب الأم أنه أنتكس وأتجه من جديد للإغراق في ذاته .. والبعد عن حوله .

هائنا مثال واضح للفحوض في الإتصال المحير فالرسائل التي ترسلها الأم متناقضة فهي في الظاهر تعنى المحبة والمودة - ولكنها في مضمونها تحمل معنى مضادا\* . فتكون إستجابات الشخص فاشلة إذا لم يظهر المودة ، وفاشلة إذا أظهرها . ومثل هذه الأنماط من السلوك الإجتماعي تعد الطفل لكي يسلك على نحو فصامي في مرحلة الرشد . وتحدث الانهيارات الفصامية غالبا في المراهقة المتأخرة ، بعد إستعداد للفشل (من مصدر وراثي وإجتماعي ) في علاج المشكلات المتعلقة بالدراسة أو العمل . وبهذا البناء الضعيف الهش يتكون الأسلوب الفصامي لمواجهة إحباطات الحياة في شكل الإنسحاب من مصادر القلق إلى عالم ضيق تسوده الخيالات والأشباع الفصامية البديلة عن الأساليب الجيدة والواضحة .

أما الإكتئاب فيحدث عندما يكون الوالدان من نوى الضمير القوى الصارم ، يتجهون للوم النفس الشديد عند حدوث أشياء خاطئة . وتتضمن

---

\* يجتنب بعض الآباء والأمهات إلى إظهار القلق والمقاب للابن يلسم المحبة أحيانا وهذا نموذج آخر للوسائل المزبوجة .

أسر المصابين بالبارانويا ( هواجس العظمة والإضطهاد) هذا النوع الأصم من الآباء والأمهات الذين يفتقرون للغة التواصل الإجتماعي والحساسية للآخرين ، والذين لا يشجعون أبائهم على مواجهة الواقع بطريقة إنسانية سليمة بسبب افتقارهم لذلك أو بسبب التدليل الشديد لهؤلاء الأبناء . ويبدو أن المعتقدات الثابتة التي يتبناها المصاب بهواجس البارانويا فيما بعد تكون في الأصل تبرير للتصخم في إدراك الذات ، ويزداد وسوخ هذه المعتقدات والهواجس عندما يتعرض هؤلاء المرضى لأزمات فشل فتبدو تلك الأزمات عبئة الأذى وضعيفة التأثير إزاء الهواجس وأفكار العظمة القوية .

ج- تعجل الأزمات البيئية بظهور الإضطرابات . ولو أن بعض الأزمات البيئية القوية تكفي وحدها لظهور الإضطرابات السلوكية كما يحدث في معسكرات الاعتقال . ولكن الإضطرابات التي تستثيرها تلك الأزمات لا تكون دائمة في الشخصية .

ويتحدد شكل الإضطراب السلوكي بطبيعة الأزمات البيئية . فالتوابع الإنهيارات التي تحدث أثناء الخدمة العسكرية ، تختلف عن أزمات الامتحانات الدراسية . وتعتبر حالات الوفاة أو الطلاق أو الهجرة أو الحروب مصدرا من مصادر الإضطراب النفسي . ففي الحرب العالمية الثانية تحول ثلاثة أرباع مليون جندي أمريكي إلى مرضى لأسباب نفسية . أما معسكرات الاعتقال فهي أيضا مصدر خصيب للإضطرابات السلوكية . ففي معسكرات الاعتقال النازية يسجل لنا " بتهيلم " أن كل المعتقلين تقريباً تعرضوا لإضطرابات نفسية بشكل أو بآخر بدءا من حالات النفاق

والكذب وإنهاء بالإنهيات الشبيهة بالذهان كالإكتئاب والسلوك الفصامي . وتكون العزلة الإجتماعية ، وضعف حجم الاتصالات الإجتماعية والهجرة تكون سببا للإضطراب السلوكي ، ونتيجة له في نفس الوقت . فنسبة الفصام بين العزاب تبلغ أربعة أضعاف نسبتها بين المتزوجين ، وتصل بين الأرامل إلى النصف . وبينما نجد أن كل الإضطرابات السلوكية تصاحبها عزلة إجتماعية ، فإن نسبة العزلة تزداد لدى الفصامين والحالات الإنتحارية . وغالبا ما يعتبر ظهور العزلة الإجتماعية علامة على تزايد الإضطراب لدى الشخص . لهذا فإن تقوية الروابط الإجتماعية ، وتشجيع الانتماء يعتبران من وسائل علاج كثير من الإضطرابات النفسية في الوقت الراهن .

وتحدد الشخصية شكل الاستجابة بالإضطراب السلوكي الشديد للآزمات البيئية . فقد يتعرض شخصان لخطر (كالإعتقال) لكن أحدهما يستجيب لها بالإضطراب والانهيار بينما تكون استجابة الشخص الآخر مختلفة عن ذلك . وقد يتوجم النجاح المتوسط أو العادي إلى فشل نريع عند بعض الأشخاص نتيجة لانهم يضعون مستوى مرتقعا من الطموح ، أو الخوف من الفشل . وتساعد الخبرات الفعلية المبكرة للشخص في رسم إستجاباته في مواقف الأزمات ، فقد يستجيب بالقلق الشديد لنقد من رئيسه في العمل بسبب خبرات طفولية سيئة بالعلاقة بالأبوين أو بالمدرسين أو بمن يمثلهم من نماذج السلطة . فالأشخاص عندما يتعرضون لموقف واحد أو أزمة يستجيبون بدرجات مختلفة من الإضطراب أو بأنواع مختلفة منه . وكل هذا يدل على أن جزءا من الإضطراب لا تسببه الآزمات البيئية -

الإجتماعية بقدر ما تسببه طريقة إدراكنا وإحساسنا بنفسنا . ومن المشكلات المتطقة بتأثير البيئة الإجتماعية أن نوى الاستعداد النفسي السريع للإنهيار ، غالبا ما يستجيبون أكثر من غيرهم بالإضطراب لآزمات الحياة كالعزلة ، أو الطلاق . فهل يكون الانهيار نتيجة لهذه الآزمات ؟ أم أن الفرد بسبب إستعداداته للإنهيار وينائه الهش يدرك هذه المواقف ، ويرأها على أنها مثيرة للإضطراب بينما هي ليست كذلك ؟ وتتطلب إجابة هذه الأسئلة أن نوضح ما يسمى بمفهوم الحلقة المفرغة في تفسير الإضطرابات النفسية . خذ مثلا حالة الزوجة (أو الزوج) السلبي الذي يشكو من عدوانية وتهجم القرين .. فهل سلبية الأول تشجع على إثارة عدوان الثاني ؟ أم أن عدوان الثاني هو الذي يشكل سلبية الطرف الأول وإنسحابه ؟ وبالرغم من أن إجابة هذا السؤال لم تتحدد بعد في مجال البحث العلمي ، فإن هناك ما يشبه الاتفاق على وجود حلقة مفرغة في تفسير أي إضطراب نفسي ، وممارس العلاج النفسي غالبا ما يبدأ بتشجيع كسر هذه الحلقة المفرغة من أي زاوية ممكنة ، فهو قد يشجع المريض على إتخاذ موقف إيجابي وواثق بون النظر إلى عدوانية الطرف الآخر ، على أمل أن هذا سيخلق حلقة أخرى من التغير البناء ( ظهور السلوك الإيجابي سيوقف عدوانية الطرف الآخر . وتوقف العدوانية يؤدي إلى مزيد من تدعيم السلوك الإيجابي والبعد عن السلبية إلخ ) \* . وتأثير العزلة الإجتماعية (كالهجرة ،

\* قد يبدأ العلاج أيضا من الشخص العدواني نفسه بأن نطلب منه التقليل من عدائه .

والعزوية والطلاق ) على ظهور المرض العقلى يثير حلقة مفرغة من هذا النوع .  
فهو العزلة هي التي أدت إلى ذلك أم أن المضطربين نفسيا غالبا ما ينتهون  
إلى العزلة بسبب إثارته للإشمئزاز والنفور فى الآخرين ، واتخاذهم  
لقرارات خرقاء المرجح فيما أوضحنا من قبل أن العزلة الإجتماعية تكون  
سببا للإضطراب العقلى ونتيجة له فى نفس الوقت .

## الخلاصة

يعبر الإضطراب النفسى والعقلى عن مفهوم لجانب من السلوك  
يتعارض مع ما نطلق عليه سلوكا سليما ، أو عاديا أو ناضجا . والإضطراب  
أو المرض النفسى لا يحق الرضا والتقبل للشخص أو لمن حوله أو لكليهما  
معاً . ويؤدى المرض النفسى إلى إثارة إضطرابات شاملة فى سلوك  
الإنسان قد تشمل حالته الإنفعالية ، أو تفكيره أو سلوكه الإجتماعى ، أو  
وظائفه العضوية والجسمية ، أو كل هذه الأشياء مجتمعة فى وقت واحد .  
وإذا غلب الإضطراب على الناحية الإنفعالية والوجدانية كان هناك ما يسمى  
بالإضطرابات العصائية كالقلق والهستيريا والخاوف المرضية والإكتئاب ،  
وإذا كان مصدر الشلوة إضطرابا فى التفكير تكون ما يسمى بالمرض  
العقلى (الذهانى) بأشكاله المختلفة من فصام ، وهوس ، وبارانويا ، وتنشأ  
الجريمة والجناح ( الانحرافات السيكيوباتية ) بسبب إضطراب السلوك  
الإجتماعى . وتعتبر الأمراض السيكوسوماتية كالارتفاع فى ضغط الدم ،  
والربو والقرحة علامة على أن الإضطراب النفسى يؤثر فى الوظائف  
العضوية والبدنية للإنسان . وفى كل نوع من أنواع هذه الإضطرابات ،  
يشمل الإضطراب الوظائف الأخرى . فالإضطراب فى حالة القلق مثلا  
يصيب الجوانب الوجدانية ، والجسمية ، والسلوكية ، والعقلية . ولو أن  
مصدر الإضطراب هو الوجدان أساسا .

وتشكل الأمراض النفسية بؤرة لمشكلات إجتماعية وعقلية أخرى  
تعانى منها المجتمعات المتقدمة الغربية والاشتراكية وبول العالم الثالث على

## مراجع وتعليمات

١ - هانز ايزنك ، الحقيقة والوهم فى علم النفس ، ترجمة قبرى حنفى و  
رفيق نظفى ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٩ .

٢ - عبد الستار ابراهيم ، السلوك الإنسانى بين النظرة العلمية والنظرة  
الدارجة ، فى كتاب: السلوك الإنسانى: نظرة علمية ، تأليف عبد الستار  
ابراهيم ، ومحمد فرغلى فراج وسلوى الملا ، القاهرة: دار الكتب  
الجامعية ، ١٩٧٧ ويوضح الفصلان الأولان من هذا الكتاب بعض  
النقاط المتعلقة بالتعريف السيكلوجى العلمى للظواهر .

٣ - للمزيد عن الفرق بين العصاب والذهان ننظر :

*Hans Eysenck (1978). You and Neurosis Britain.  
Glasgow:Willam, Collins Sons.*

أنظر بشكل خاص الفصل الأول من هذا الكتاب الذى يخصه المؤلف  
لأنواع المرض النفسى العصابى - وما يميز الذهانى ( المريض  
العقلى) عن العصابى .. ويتبنى المؤلف وجهة نظر الطب النفسى  
التقليدية التى ترى أن الذهان درجة أقسى من العصاب .. أى أن  
الفرق بينهما فرق فى الدرجة.

غير أن المؤلف يعرض لوجهة نظر ترى بأنهما نوعان مختلفان من  
الأمراض.

السواء. وقد بينا بالاعتماد على نتائج البحوث المسحية والدراسات التجريبية  
مدى إنتشار الإضطرابات العقلية فى العالم العربى والغربى. وتحدث  
الإضطرابات النفسية بسبب إلتقاء الوراثة ، والأساليب الخاطئة فى  
التنشئة فضلا عن الضغوط والأنماط البيئية. وقد أوضحنا كيف يتم الإلتقاء  
بين هذه العناصر الثلاثة. وإلتقاء هذه العناصر يرسمون شك خطط  
العلاج الفعال لتلك المشكلات.. كما يمتحننا البصيرة بالسبل والأشكال التى  
يجب أن تتطور نحوها أساليب العلاج وهذا هو موضوع الفصل القادم.



Milton Rokeach (1964). *The Three Christs of Ypsanti*  
li. New York Alfred Knopf 1964 .

٥ - للمزيد من الأمراض المصاحبة للعصاب والذهان وأشكال الإضطرابات النفسية الأخرى أنظر :

(أ) أيزنك ، الحقيقة والوهم في علم النفس ، مرجع سبق ذكره في "١"

(ب) شيلون كاشدان ، علم نفس الشواذ ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان تجاتي ، الكويت : دار القلم ، ١٩٧٧  
أنظر بشكل خاص الفصل الثاني من هذا الكتاب الخاص بمجموعات أمراض السلوك الشاذ .

٦ - تبين دراسة حديثة أن المخاوف المرضية يمكن إرجاعها إلى سبعة موضوعات أو فئات رئيسية :

(أ) مخاوف من الحيوانات كالعناكب ، والقمل .. إلخ .

(ب) مخاوف من مشاهدة العداوة لدى الآخرين وذلك كالخوف من الأصوات المرتفعة ، أو الخوف من الناس الغاضبين ، أو الخوف من المشادات .. إلخ .

(ج) الخوف من الموت والأذى كالخوف من الدم ، والجروح والموتى ودائحة العقاقير ، وحوادث السيارات ..

(د) المخاوف ذات الشكل الأخلاقي ، كالخوف من الانتحار ، والعادة السرية والعذاب في الآخرة والجنس .

(هـ) الخوف من النقد الإجتماعي ، كالخوف من التجاهل والتبذ ، والنقد . إلخ

(و) الخوف من الظلام وما يرتبط به من مخاوف أخرى كالخوف من الوحدة ، أو الدخول إلى الأماكن المظلمة .

(ز) الخوف من الأماكن الخطيرة مثل الخوف من المرتفعات ومن الأماكن المغلقة ، والأماكن المزينة والأماكن المسيحية إلخ للمزيد من التفاصيل أنظر :

Eysenck. *You and neurosis* Op. Cit P.73

٧ - للمزيد من القلق الوجودي أنظر بالانجليزية .

Salvator Maddi (1969). *The Extential Neurosis*, In David Rosenhahn and Perry London (eds) *Theory And Research in Abnormal Behavior* New York : Holt Rinehart and Winston, (pp.222-329).

٨ - هناك أيضا إنحرافات يطلق عليها إنحرافات "نوى الياقات البيضاء". وهي تشيع في أفراد من الطبقات المتوسطة والعليا وتتمثل في الهروب من دفع الضرائب ، ومتطلبات الانفاق الزائف ، والانحرافات في مجال العمل كالإختلاسات وغيرها ،

## الفصل الثاني

### شيء عن العلاج النفسي عبر العصور

يمكن أن نطلق على الأسلوب العلاجي المتضمن في هذا الكتاب إسم "العلاج السلوكي" أو "تعديل السلوك" وهو منهج يعتمد في تناوله للسلوك المضطرب على أساس نظرية التعلم. والمسلمة الرئيسية التي نعتقها ولق هذا التصور هي أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم وتفاعلات العالم والآخرين به وإستجاباتهم له ، كما يتعلم شتى جوانب السلوك بما فيها أمراضه وطريقته الشاذة في إستجابته للبيئة . ويتم ذلك تدريجيا ومبكرا في حياة الإنسان إلى أن يتحول شذوذه وأمراضه السلوكية إلى عادة وأسلوب حياة. ونطلق على هذا الشذوذ فيما بعد ، وبعده أن يتحول إلى عادة راسخة - المصطلحات المختلفة للإضطرابات النفسية والعقلية بتجسيد أعراض هذا الشذوذ وإتجاهاته . فإذا كانت عادة الإنسان أن يواجه مواقف الحياة بطريقة شاذة ومبالغ فيها إنفعاليا ، قلنا أنه يعاني من الخوف أو القلق. أما إذا كانت عاقبة أن يواجه مواقف الحياة بصورة غير المكتوثر أو الحزين المتشائم الذي يتوقع دائما الضرر.. وصفنا شذوذه هذا بالإكتئاب. ونصف سلوكا شاذا أخريا لفصام ، إذا تميز صاحبه بالإستجابة الغريبة التي تشوه من الواقع وتتركه على نحو غير مألوف وغير واقعي .. وهكذا.

ونحن نسلم أيضا بأن ما تتعلمه يمكن أن لا تتعلمه ، أو أن تتعلم

أنظر: الفصل الخامس عن الجريمة والجناح من كتاب ميشيل أرجايل ١٩٧٨ علم النفس والمشكلات الاجتماعية، ترجمة عبد السر ابراهيم ، الكويت : دار القلم ، ١٩٧٨ ( الطبقة الثانية) .

٩ - أنظر ميشيل أرجايل ، المرجع السابق الفصل السادس. الصحة النفسية والإضطراب العقلي .

١٠- أنظر :

*Abdul Sanar Ibrahim (1979) Extroversion and neuroticism across cultures. Psycholocal Reports, 44, 709-803.*

١١- أنظر:

محمد أحمد غالي (١٩٧٥) دراسة مقارنة لبعض أبعاد الشخصية باستعمال مقياس أيزنك في البيئة الكويتية، الكويت.

١٢- عزت حجازي (١٩٧٨) الشباب العربي والمشكلات التي يواجهها الكويت، عالم المعرفة.

١٣- كاشدان ، علم نفس الشواذ ، مرجع سبق ذكره.

١٤- لمن يود أن يستبصر بتأثير أساليب تنشئة الأطفال على سلوكهم عندما يتحولون إلى بالغين أنظر :

مصطفى أحمد ابراهيم تركي (١٩٧٤) الرعاية الوالدية وعلاقتها بشخصية الأبناء : دراسة تجريبية على طلبة جامعة الكويت ، القاهرة : دار النهضة العربية .

أساليب أفضل منه . صحيح أن الوراثة والعوامل البيولوجية قد تتدخل أحيانا في سلوك البشر وتوجهه لغايات غير مرغوبة . لكننا نعتقد أن وجود الوراثة أو العوامل البيولوجية لا يعنى بأن العلاج أو تعديل السلوك شيء مستحيل .. ستحت نفس الاستعدادات الوراثية يمكن لشخص أن ينمى جوانب من السلوك المرغوبة ، ويمكن لشخص آخر أن يتجه لغايات سيئة . وهدف العلاج السلوكي هو أن يوجه السلوك - بغض النظر عن مسببات وراثية ، أو إجتماعية - إلى وجهات مقبولة ومرغوبة وتحقق للفرد ولبن حوله بعض السعادة في ظروف أصبح من العسير على الناس أن يسعدوا أنفسهم أو أن يتسامحوا مع سعادة الآخرين .

وسنجد أن كل الأساليب التي ستعرض لها تقريبا تتجه نحو إزالة الأعراض المرضية \* والقضاء عليها .. تلك الأعراض التي ننظر إليها بصفة عامة - كما أشرنا توا - على أنها نوع من السلوك غير المتوافق الذي يمكن ملاحظته وبالتالي يمكن ضبطه .. أو إستبداله .. أو توجيهه وجهات بناءة . بعبارة أخرى فإن مناهج العلاج السلوكي الحديث تؤمن بأن العرض المرضي الذي يشكو منه المريض هو الجدير بالعلاج وليس ما وراء اضطرابات ، إن كانت وراء اضطرابات أخرى .

\* إذا ما إعتاد الإنسان على مواجهة مواقف مضطربة بطريقة مبالغ فيها إفعاليا قلنا بأنه يعاني من مخاوف . أما إذا إعتاد الإنسان على مواجهة نفس المواقف بصورة غير المكتوب ، أو العزيم دائما وصفناه بالإكتئاب . ونقول عنه بأنه "نصامي" إذا ما كانت إستجاباته لتلك المواقف مشوهة وغير واقعية .

ونجد من الواجب علينا - لكي نتضح - قيمة هذا التطور في حركة العلاج النفسي الحديث - أن نكشف عن النظرة التي إعتاد الناس أن ينظروا بها إلى معاناة البشرية من الأمراض النفسية والعقلية على مر التاريخ .

فلم تكن مشكلة معاناة البشرية من تلك الإضطرابات مسألة هينة .. لقد شغلت الناس منذ القدم ، كما لا تزال تشغلنا الآن - وحاولوا أن يفهموها كما نحاول الآن . وحاولوا لعلاجها كما نجاهد الآن .. فمضوا تصنيفات وأنواعاً لها ، تماما كما يحاول الأطباء النفسيون الآن . ولكن الفرق الوحيد بيننا وبينهم يبدو في الكيفية التي تناولوا بها هذه الإضطرابات ، والكيفية التي حاولوا بها إخضاعها للعلاج والضبط .. ولا شك أن سيطرة بسيطة في تاريخ العلاج النفسي ستمنحنا بصيرة محدودة بما نحن عليه الآن ، وبما يجب أن نتجه له خطواتنا التالية - وفي المستقبل .

نظرة الإنسان القديمة للأمراض النفسية :

لقد كان الاعتقاد الشائع في العصور القديمة أن المرض النفسي أو السلوك المضطرب والشاذ نتاج لعوامل غامضة قادرة على أن تؤثر في الإنسان تأثيرا ملحوظا . وقد تفاوتت أسماء هذه العوامل من فترة إلى أخرى بحسب بعض الارتباطات الخاصة بالتطور البيئي . ولكن مهما اختلفت المسميات فإنها اتفقت بشكل عام على وجود أرواح أو شياطين لها القدرة على أن تلج الجسم البشري وتسيطر عليه على نحو ما . فإذا كانت

المرضى العقلين كان فيما يبدو موحيا بالانتقال إلى دراسة تلك الإضطرابات بربطها بالمخ تحت إنتشار الطب العضوى.

ومهما يكن من أمر ، فإن فكرة الشياطين والجن الذى يلج الجسم الإنسانى ويتخلله لينفث فيه الشر والإضطراب لم تعد ترضى ما توصل إليه التفكير البشرى من تطور خلال القرن التاسع عشر. فلقد شهد ذلك القرن نمواً فى التفكير الطبيعى أمتد أثره ليشمل ما يشبه الثورة فى تطور الطب العضوى وعلاج الأمراض الجسمية. ولأن الأمراض العقلية آنذاك كانت أيضاً من تخصص الأطباء فقد أمتد التطور أيضاً ليشمل دراسة الأمراض النفسية والعقلية.

وطبيعى أن يؤدى ذلك التطور إلى تشكل إتجاه علمى قوى فى النظر إلى الإضطرابات النفسية والعقلية. فقد أصبحت هذه الموضوعات وريما لأول مرة فى تاريخ الفكر البشرى موضوعات قابلة للبحث العلمى وليس لإجتهد المشعوذين ورجال السحر والمنجمين. فانهلك الأطباء فى بحوث عن مسببات تلك الأمراض - وساد الإتجاه بأن لكل مرض عقلى سببا منه فى ذلك مثل أى مرض جسمى ، وأنه إذا عرفنا العلة بطريق التجربة والإستقصاء ، فإننا سنصل فى الغالب إلى إستبطاء العلاج المناسب بطريقة العقاقير الطبية. وهذا التطور مازلنا نشهد آثاره فيما يسمى بالطب النفسى ( السيكياترى ) الحديث.

ولكن النظر للمرض النفسى بقوانين المرض الجسمى ، لم يكن ليثير لأحماس بالرضا لدى جميع المختصين. ونعترف بأن كثيرا من الحماس الذى يميز علماء العلاج النفسى والسلوكى الحديث فى إبتكار تصورات نظرات ذات طابع سيكولوجى لمواجهة التحديات التى لم تكن التطورات الطبية قد إستطاعت أن تواجهها فى خلال قرن من الزمان ، إنما جاء كنتيجة لتزايد عدم الرضا على المنهج الطبى التقليدى الذى ينظر للمرض النفسى نظره للمرض الجسمى. ففى الأمراض الجسمية دائما ما يكون العرض الجسمى ( كإرتقاع الحرارة ، والصداع وإرتقاع ضغط الدم .. الخ ) ، نتيجة لإختلالات عضوية أو كيميائية فى الجسم فى الجذيرة بالعلاج. لأن الأطباء أحتكروا عمليات العلاج الجسمى والنفسى معا .. فقد أنتقل المفهوم الطبى والجسمى إلتقالا أليا إلى تفسير الإضطرابات النفسية .. فأصبحت الأعراض النفسية من إكتئاب ، وقلق ، وهلاوس ، وعدوان ، ومخاوف ، وهواجس ينظر إليها نظرة عضوية على أنها أعراض سطحية تخفى وراءها إضطرابات جسمية تتمثل فى وجود إختلالات كيميائية فى المخ ، أو تلف فى الأنسجة نتيجة لعيوب وراثية أو إختلال فى وظائف الجهاز العصبى أو القدد وغيرها من عوامل عضوية لايسمح المقام هنا أن نخوض فيها بالتفصيل.

وبالرغم من أن العلاج السلوكى الحديث يتضمن طرقا بيولوجية كالعلاج بالصدمات الكهربائية فى حالات الإكتئاب ، أو جراحات المخ ، أو العقاقير المهدئة فإن كثيرا من الدراسات تبين أن فاعلية هذه الأساليب تكون محدودة ، ما لم تصحبها أساليب من التوجيه والتربية. فالمرضى الذى

يشكو من التوتر النفسى بطريقة تعوق تلقائيته فى الحديث أمام الناس على سبيل المثال ، قد يساعده تعاطى بعض العقاقير المهدئة على ضبط هذا التوتر .. لكن ماذا عن قدرته على التعبير عن نفسه؟ أو طرقه فى التفاعل مع الآخرين بطريقة ايجابية؟ هنا لابد من أساليب جديدة تمكنه من أن يتعلم طرقا جديدة من التعبير عن النفس والتفاعل الإجتماعى وأن يتخلى عن أساليبه القديمة ويدون هذا التعلم .. فقد يظل تأثير العقار محدودا أو منعدما .

أضف لهذا أن الإحصاءات الأمريكية تبين أن بلايين الدولارات تصرف كل عام فى العقاقير المهدئة أو المنومة ، وتنفق الإحصاءات الإنجليزية معها فى إحصاء أرقام ضخمة تصل إلى أكثر من ١٠٠ مليون جنيه استرلينى فى العام . ولا توجد لدينا - للأسف - إحصاءات عربية عن مقدار ما يصرف فى إستهلاك الأدوية والعقاقير المهدئة فى الدول العربية .. ولكن لاشك فى أن أموالا طائلة ممتلئة تستهلك فى ذلك . وما يمكن إستنتاجه بشكل عام .. هو أن الإضطرابات النفسية بالرغم من هذه المبالغ الطائلة التى تصرف فى العقاقير لم تتضاؤل كثيرا فيما يبدو . قد يقال بأن ازدياد اعتماد الناس على هذه العقاقير يكون بسبب ازدياد إنتشار الإضطرابات النفسية ذاتها فى عصرنا الحديث . وسنرى خطأ هذا الأراء فيما بعد ( أنظر الفصل الأول خاصة فيما يتعلق بانتشار الأمراض النفسية والعقلية ) .

كما سنرى أن رحلة الشخص مع ما يملكه من إضطرابات لم تنته .. بإنتهاء إكتشاف العقاقير والمهدئات .

فضلا عن هذا فإن كثير من جوانب العلاج العضوى كالعلاج بطريق الصدمات الكهربائية قد تؤدي إلى نتائج سيئة تفوق نتائج الأعراض التى نلوم بعلاجها . وسننتهز هنا هذه الفرصة لأقدم عرضا لبعض نتائج هذا النوع من العلاج لأنه يستخدم بكثرة فى كثير من المجتمعات العربية .

إن العلاج بالصدمات الكهربائية أو انتشجات الكهربائية طريقة دخلت مسرح العلاج فى الثلاثينيات من هذا القرن . وهى تقوم كما سنرى فى الفصل الثانى على لصق قطبين كهربيين فى فودى المريض ثم يمرر تيار كهربائى يتراوح من ٧٠ إلى ١٥٠ فولت خلال المخ . ويستغرق تمرير هذا التيار أجزاء من الثانية أو ثانية على أكثر تقدير . ويحتاج المكتئبون فى أغلب إلى حوالى من ١٢ ٦ : جلسة بينما يحتاج الفصاميون إلى ما يقرب من ٢٥ : جلسة . ومن المعتقد أن التشنجات التى تصيب المريض نتيجة لتمرير التيار تؤدي إلى تغير فى سلوكه - لكن هناك ما يشبه الإجماع على أن عمليات التى يؤثر من خلالها التشنج على السلوك أمر غير معروف . كل ما نعرفه الأخصائيون أن هذا الأسلوب يؤدي إلى التغير من حالات الإكتئاب لدى الفصامين والمكتئبين على السواء . أما كيف يتم ذلك فهذا غير معروف .

وإستخدام الصدمات الكهربائية فى العلاج النفسى يتم تبريره فى مستشفياتنا العقلية على أنها سريعة وسهلة الإستخدام وتوفر وقت الأطباء النفسيين . ولكن هذه الحجج تخفى حقائق كريمة ، ومأساوية من حيث الآثار الضارة على السلوك والشخصية الإنسانية بعد هذا . علما بأن نسبة الوفاة

من الصدمات الكهربائية تصل إلى واحد في كل ألف مريض منهم ٥٪ ينتج سبب موتهم مباشرة نتيجة تلف أنسجة المخ وصدماته (٣) Brain damage وتدل دراسات علماء الأعصاب التي تجرى منذ الأربعينات على أن تأثير الجلسات الكهربائية على أنسجة المخ أمر مؤكد .

ففي لقاء حديث سنة ١٩٧٨ مع الطبيب النفسي "كارل بريبرام" رئيس معهد النفس العصبي neuropsychology بجامعة ستانفورد بكاليفورنيا يقول "إنني أفضل إجراء جراحة في المخ عن تطبيق سلسلة من الجلسات الكهربائية - فأتا أعرف ما تتحول إليه خلايا المخ الرقيقة بعد سلسلة من الجلسات الكهربائية. إنها تبدو بمنظر لا يبعث الرضا على الإطلاق."

أضف إلى هذا ، التأثيرات الأخرى التي تتركها الجلسات الكهربائية على المريض كالعنداء العاد ، وفقدان الشهية ، والخوف ومن أكثر هذه التأثيرات سوءاً ، التأثير على الذاكرة الإنسانية . فقد كشف جاتيس Janis (٣) في دراسة عن آثار الجلسات الكهربائية بأن "جميع المرضى الذين عولجوا بطريق الصدمة ظهرت عليهم عوارض تدهور الذاكرة لما يقرب من أربعة أسابيع بعد توقف الجلسات . " ويضاف إلى هذا أن عدداً من الأشخاص يتحول إلى نفس الحالة بعد فترة من الزمن ، كما سنرى فيما بعد . غير أننا لازلنا نلاحظ مع هذا أن النظرة العضوية للأمراض النفسية والعقلية لم تختف تماماً عن الأنظار . فما يزال كثير من الأطباء النفسيين ، وما تزال جمعية الطب النفسي الأمريكية تصرف ملايين الدولارات كل عام

تؤكد بأن الاختلالات العقلية هي عضوية في طبيعتها إلى حد كبير وأن سأتا يجب أن تتجه للبحث عما يرتبط بالأمراض النفسية من عوامل بيوكيميائية . ومع هذا فإن الكثيرين تحولوا للبحث عن طريق آخر الطريق العضوي لتفسير السلوك الشاذ وهو الطريق النفسي أو البحث عوامل نفسية داخلية .

### العلاج العضوي إلى التحليل النفسي :

والحقيقة أن التراجع عن التفسير الطبي والبحث عن تفسير نفسي بدأ يستهل القرن العشرين على يد طبيب أصبح اليوم اسمه على كل لسان وهو سيغمند فرويد ، الذي افترض بأن الإضطرابات النفسية يمكن فرد إلى وجود صراعات داخلية لاشعورية ، وقوة تعمل بداخل الشخصية صانبة قوى يتصارع بعضها مع البعض الآخر . ويؤدي تصارعها إلى من الأمراض المرضية . وبهذا المعنى أمكن لفرويد أن ينقل محور الاهتمام من اضطراب النفس من وجود خلل عضوي إلى وجود صراع قائم في نفس . ومن العلاج العضوي إلى التحليل النفسي كما سترى في الفصل

وبالرغم من أن فرويد يعد في تاريخ العلاج النفسي من أوائل من هدوا وجهة النظر العضوية في تفسير المرض العقلي ، فإن آثار تخصصه أصلى قد جعلته ينقل للمرض النفسي تصوراً يختلف في المضمون ولكنه

يتفق في المنهج. فكما أن الأطباء النفسيين عالجوا المرضى العقلين بطريق علاج انواع الخلل العضوى فى المخ أو الجهاز العصبى ، كان فرويد يعالج الامراض النفسية بطريق علاج ما يكمن خلفها من أنواع الخلل الصادر عن وجود غرائز متصلة فينا بيولوجيا ؟ وقد أثار فرويد - فيما يبدو - النعر لدى الكثيرين عندما قال بأن الغرائز الجنسية هي المصدر الأساسى للوانع المسببة لعظم السلوك الإنسانى. وبهذا فإن الاعراض المرضية ما هي إلا علاقات سطحية لإضطرابات وصراعات أعمق فى داخل الشخصية. ولاشك أن هذا التصور يذكر القارئ بشكل ما بنظرة الأطباء للاعراض الجسمية على أنها دلائل على إضطرابات وأمراض كامنة .

ولقد وجهت إنتقادات حادة للتحليل النفسى الفرويدى ، ولكل النظريات الحديثة المشتقة منه<sup>(٤)</sup>، ويستحيل علينا فى هذا الحيز أن نستعرض كل الإنتقادات التى وجهت للتحليل النفسى طوال ما يقرب من نصف قرن. إذ لاشك أن مثل هذا العمل لو كان يجب القيام به بأمانة وديقة لتطلب مجلدا يزيد فى ضخامته عن كتابنا هذا . لكن يهمنا هنا عرض ما يناسب من هذه الإنتقادات لموضوعنا عن العلاج النفسى .

فمن ناحية يأخذ الناقدون على فرويد أن كثيرا من مفاهيمه التى أبتكرها لوصف وتفسير الأمراض النفسية كانت عامة وفضفاضة ، ويصعب تحديدها تحديدا دقيقا . ولهذا يصعب من الصعب جدا إختيار كثير من الفروض التحليلية إختبارا موضوعيا وتجريبيا ، لأنها بنيت على أدلة قصصية وبطريقة أدبية يصعب على العلماء تقبلها .

ومن ناحية أخرى تلائم موضوعنا فيما يتعلق بفكرة الغرائز هذه التى

كان يعتبرها فرويد مصدر الطاقة للسلوك المرضى . فلقد أتت هذه الفكرة إلى تعقيد مشكلة التشخيص تعقيدا ضخما ، فقد تضاعف معنى الأعراض ، وأصبح على الإنسان أن يتجاوزها سعيا وراء الصراعات الداخلية . مما يجرد المشكلة النفسية أيضا من أساسها النفسى ويجعلها رهينة بوجود قوى من العمير التحكم فيها أو ضبطها كما نصبوا . لقد أصبح لدينا - حينما يرى أينزك - " بدلا من الشياطين والنفاريت ، مركبات أوديب واليكتر . "

وقد استطاعت نظرية التعليم الحديثة أن تقدم تفسيرات بديلة للأمراض النفسية كما أصبح بالامكان أن نقوم بشيء حيالها من حيث العلاج لاعن طريق سنين طويلة من التحليل النفسى والتداعى الحر ولكن عن طريق إعادة تعلم جوانب من السلوك التكيفى بوسائل بسيطة من العلاج السلوكى .

من الفرويدية إلى السلوكية :

من الميسور أن ترد بدايات التصور السلوكى للعقد الأول من هذا القرن . ففى نفس الفترة التى شهدت " سيجمند فرويد " برز " ايفان بافلوف " فى روسيا بدراساته عن الفعل المنعكس تلك التى اكسبته تقديرا واسعا لقاء نظرياته فيه ، فمتح جائزة نوبل بجدارة : وعلى الرغم من أن تأثير " بافلوف " على علم النفس لم يتجلى بصورة مبكرة كفرويد ، فإن الظروف شاعت أن تجعل منه مؤسس الوجهة السلوكية فى علم النفس عندما

أستطاع " واطسون " أن يطبق بمهارة نظريات بافلوف في الفعل المنعكس لوصف إكتساب الأمراض النفسية وإزالتها . وفي فترة قريبة برز أيضا " سكينز " الذي أستطاع أيضا أن يرسخ مناهج سلوكية متطورة عن تعديل السلوك سنفيد لها لأهميتها أحد فصول هذا الكتاب .

إستطاع بافلوف - على أية حال - أن يثبت أنه من الممكن أن يعلم حيوانا ما أن يسيل لعابه بمجرد سماعه لصوت جرس أو رؤيته لضوء معين . وتجاربه في هذا الميدان مبتكرة .. ولو أنه لم يكتب لها فيما أشرنا أن تؤثر في النظرة للأمراض النفسية إلا في فترة قريبة عندما أبدى " واطسون " اهتمامه بتجارب بافلوف بأن أستطاع أن يخلق مرضا نفسيا ( وهو الخوف المرضي ) لدى أحد الأطفال ( ألبرت ) بطريقة تجريبية في داخل المختبر .

لقد كان " ألبرت " في عامه الأول عندما قام واطسون \* بتعريضه لفأر أبيض عدداً من المرات ... وفي كل مرة يقرع صوتاً عالياً مفزعاً عندما يظهر الفأر . لقد كان هدف " واطسون " أن يبين أن المخاوف يمكن أن نتعلمها نتيجة للربط بين ظهور المنبه الأصلي ( الفأر الأبيض ) والمنبه الشرطي ( الصوت المفزع ) ، تماماً كما كان " بافلوف " يعلم حيواناته أن تستجيب بإفراز اللعاب نتيجة للربط بين المنبه الأصلي

---

\* أجرى واطسون براسته تلك مع تلميذه Rayner التي أصبحت زوجته فيما بعد . ومن الغريب أن واطسون قد فصل من الجامعة بعد أن نشر براسته بقليل .. وأستطاع ترغيف قراءه الخلاقة في ميدان العناية والإعلام ليصبح طبيئاً وخبيراً علم النفس وتكسبه العناية .

( الطعام ) والمنبه الشرطي ( صوت الجرس ) - وقد نجح واطسون في إثبات ذلك بالفعل إذ تحول مشهد الفأر المحايد إلى مصدر للفزع " ألبرت " الصغير بعد سبع مرات من تعريضه للفأر مقروناً بهذا الصوت المفزع . لقد كان ألبرت يصرخ طالبا النجدة عندما كان يشهد الفأر ، وأخذت مخاوفه تتعمم نحو كل الأشكال الفراشية والمشابهة للفئران كالآرانب ، وانكلاب .. إلخ .

وهكذا أمكن يظهر هذا التصور النظر إلى كافة الأمراض النفسية على أنها إستجابات وعادات شاذة تكتسب بفعل خبرات خاطئة . ولم يعد المعالجون السلوكيون ينظرون للإضطراب النفسي على أنه نتاج لغرائز أو صراعات داخلية ، بل إنه سلوك نكتسبه من البيئة بفعل سلسلة من الارتباطات التعمسه بين منبهاتها المختلفة . أو كما يوضح ايزنك ( ٥ ) :

" ترى نظرية العلاج السلوكي بأنه لا توجد أمراض وراء الأعراض الظاهرة .. فالأعراض هي المرض . فحيوانب القلق التي تتملك الناس ، وحالات الإكتئاب والوساوس القهرية وكل الإنفعالات والمسالك العصابية لاتزيد - وفق هذه النظرية عن كونها إستجابة شرطية إنفعالية ، أو ردة فعل لتلك الاستجابات المشروطة " ... فإذا كان كذلك فإن الأعراض هي المرض ، وليست أعراضاً " تخفى وراءها أي شيء .. ويكون العلاج فعالاً إن إستطعنا التخلص من تلك الأعراض ، فإن أنت تخلصت من العرض تخلصت من المرض " ( ٥ ) .

وقد قام كثير من المعالجين النفسيين السلوكيين بتشكيل نظرياتهم



على نسق نظرية واطسون .. هكذا على الأمل فعل "وايس" و"سكينر" و"ولازاروس" و"اليس" في تحليل السلوك الشاذ وعلاجه . صحيح أنهم جميعا تقريبا ينظرون الآن إلى تجربة واطسون المبكرة على أنها تعتبر نظرية شديدة التبسيط والاكلية .. إلا أن منهاجهم الفكرى يتشابه فى أنهم جميعا تقريبا :

١- ينظرون للمرض النفسى بصفته سلوكا شاذا ، ومكتسبا ويكتسب بفعل عمليات خاطئة من التعليم . ويستخدمون لذلك البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية متغيرات معينة فى أحداث الإضطراب تماما كما فعل "واطسون".

٢- ينظرون للإعراض المرضية على أنها هى الهدف الذى يجب أن يتجه إليه العلاج وأن إزالة الأعراض تؤدي إلى التخلص من المرض النفسى والاضطراب . وليس كما يعتقد المحللون النفسيون أن الأعراض ماهى الا مظاهر سطحية تخفى اضطرابات أعمق فى الشخصية هى التى يجب أن يتجه لها العلاج .

٣- لا يبذلون مجهودا كبيرا فى البحث عن تفسيرات للسلوك فى إطار صراعات الطفولة أو الغريزة أو الوراثة . فمن رأيهم أن التفسير أمر يختلف عن العلاج .. وأن وجود وراثة أو غريزة أو أى شئ من هذا القبيل لا يجب أن يؤثر بأى حال فى مجهوداتنا للتعديل من أنماط السلوك الشاذ .

٤- من الأساسى بالنسبة للمعالجين السلوكيين البدء فى التحديد الدقيق والنوعى للسلوك الذى نرغب فى تعديله أو علاجه . والإجراءات التى يستخدمها المعالج السلوكى لذلك تختلف فى أهدافها عما يقوم به المحلل النفسى بطريقة فرويد مثلا . لأن المعالج يبدى إهتماما مباشرا بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المريض (الذى أدى لطلب العلاج) ، بينما يتجه اهتمام المحلل النفسى إلى تاريخ المريض .. هكذا مجردا وبدون إهتمام بأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التى أحاطت ببداية تولد الأعراض المرضية كما يفعل المعالج السلوكى .

٥- لا يقف دور المعالجين السلوكيين عند مجرد إكتشاف الإضطراب وتحديدده ، ومقداره ( أى التشخيص) ، بل يساعدون المريض على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوى والجيد الذى يجب أن يتجه له الاهتمام بدلا من السلوك المريض ، كما يساعدوه فى وضع الخطة العلاجية وتنفيذها فى إتجاه التخلص من الإضطراب بأساليب متعددة ، ومثل هذا التفكير يختلف عن المنهج الفرويدى الذى يرى بأن دور المعالج هو تشجيع المريض على الاستبصار بمشكلاته وصراعاته . وأن الاستبصار يؤدي إلى التغير الثقائى والعلاج .

وبالرغم من أننا نعتبر فصول هذا الكتاب نماذج للتفكير السلوكى بأساليبه فى العلاج ، فإننا حاولنا أن نعكس بعض التطورات النظرية

المختلفة في هذا الموضوع التي قد تختلف عن المنهج التقليدي في العلاج السلوكي كما يستمد نظرياته من " بافلوف " و " سكينر " ، ولو أننا نتفق بالطبع مع الفلسفة العامة لهذا المنهج القائم على ضرورة إحترام المنهج العلمي والبحث التجريبي، والذي يرى أن العلاج الناجح الفعال يجب أن يتحور نحو مباشرة بالتركيز المباشر على تعديل السلوك المرضي دون سعي وراء صراعات أو عقد داخلية.

من العلاج السلوكي الأحادي البعد إلى العلاج المتعدد الأوجه :

بالرغم مما هو مسلم به بين علماء النفس والعلاج من أن نظرية التحليل النفسي ، لم تعد بعد نظرية جيدة يعتقد بها<sup>(٦)</sup> فإن ، من الغريب أن نلاحظ أن بعض الناس وبعض العلماء الذين يشهد لهم في علم النفس بالجدارة والاعتبار لازالوا يأخفونها مأخذ الجد . وقد يطرح علينا هذا سؤالاً علينا أن نواجهه هنا وهو لماذا لاتزال نظرية التحليل النفسي ذات مكانة مرموقة بين كثير من المعالجين ؟ قد تتعدد إجابات هذا السؤال - لكن هناك حقيقة توحى لنا بها دراسة تاريخ التفكير العلمي - وهي أن من الضروري لكي يتم التطور من نسق قديم أو خاطيء من التفكير أن يتواجد على مسرح الحياة نسق بديل يثبت فائدة أكثر . فقد ظل التفسير الشيطاني للعرض العقلي مسيطراً على الأذهان إلى أن استطاع الأطباء أن يقدموا إجابة بالرغم من قصورها فقد كانت مقنعة وبداية لتفسير هذه الأمراض وعلاجها . وظل النمط الطبي بعد ذلك مسيطراً على تفسير السلوك الإنساني إلى أن

أماط فرويد اللثام عن حقيقة بسيطة وهي أن قوانين " النفس " تختلف عن قوانين ماهو " عضوي " ، ونجح فرويد أن يستبدل التصور الطبي بتصورات جديدة ، مما كان له بعض الفائدة في توجيه الأنظار إلى أن ما يحدد تصرفات الإنسان عوامل معقدة متشابكة يمكن التثبت منها في عالم آخر غير الأعضاء ووظائفها . لكننا رأينا بعد ذلك أن فرويد ترك الباب مفتوحاً لكثير من الشكوك حول المكانة العلمية لنظريته بسبب عزوفه عن التقاليد العلمية من ناحية ، وتجاهله لدور التعلم والخبرة في تحديد سلوك الإنسان . لقد جعل الإنسان مغلولاً في صراعاته ومتورطاً في غوائزه بطريقة جعلت من قدرتنا على التنبؤ " هدف العلم المقدس " بالسلوك البشري ومساره في موقف لا يتلائم مع جوانب التقدم العلمي في الفروع الأخرى . ولم تتجج النظرية السلوكية - للأسف - بالرغم من أنها ظهرت تقريباً في الفترة التي ظهر فيها فرويد \* . لم تتجج في أن تشد إليها الاهتمام كنظرية التحليل النفسي

لقد قدمت السلوكية البدائل الملائمة للتطور بالتفكير العلمي : قدمت البحث التجريبي بديلاً عن أساطير فرويد ، وقدمت أيضاً التعلم والخبرة بديلاً عن القوى الداخلية العمياء التي تعمل بداخل الإنسان وتسييره فلا يملك لها رداً . قدمت ما كان يكفي بالانتقال والتطور إلى مرحلة أخرى من العلاج النفسي . ولكن من المؤسف أن هذا لم يحدث بالسرعة التي نتعناها .

٦ لقد شهد العقد الأول من القرن العشرين سيجموند فرويد وإيفان بافلوف معا وكان كلاهما على درجة ملحوظة من الشهرة .

فلا يزال للفرويدية مؤيدوها ولا يزال لها شيعتها المتزمتون.

أما لماذا لا تزال الفرويدية تشيع بهذه القوة بالرغم من وجود البدائل:

فإن الأجابة تكمن في النظرية السلوكية ذاتها فيما نتصوره. فالسلوكية في شكلها الأول التقليدي كانت ترى أنه يكفي دراسة أنواع السلوك السطحية التي تقبل الملاحظة - وأن هذا هو أكثر ما نحتاج له لفهم الاختلالات النفسية وعلاجها. وإنطلاقاً من هذا كان المعالج السلوكي يدا "بيافلوف" وحتى "سكينر" يضع كل مالبس بظاهر في موضع هامشي. حتى أن سكينر يحذر مراراً وتكراراً علماء النفس السلوكي من الوقوع في فخ مفاهيم حاريتها في نظره المدرسة السلوكية منذ نشأتها " : عندما أقول بأن السلوك نتاج للبيئة .. فإنني أعني بالبيئة أي حادثة أو منبه في العالم له القدرة على التأثير في الكائن. صحيح أن جزءاً من العالم موجود في داخل الكائن .. لكن هذا جزء ضئيل الأهمية .. ويستدل عليه من خلال الاستنتاج العقلي والتقارير اللفظية - لذا يجب أن تكون في منتهى الحذر والدقة في معالجته .. لأن الباحث في تلك الحوادث الداخلية يبعد نفسه - ولو خطوة صغيرة - عن السلوك الظاهر والوقائع الفعلية" (٧) .

وفي اعتقادنا أن السلوكية بهذا الشكل قد سلبت الإنسان كثيراً من العوامل التي كان يمكن أن تكون ذات قيمة في فهمه وعلاجه - مما جعل أحد المعالجين النفسيين يرى أنه من الصحيح أن العلاج السلوكي قد يكون هو العلاج المفضل بالنسبة للإضطرابات المتعلقة بالخوف المرضية - والإضطرابات التي لها مصدر خارجي يمكن ملاحظته والتحكم فيه، لكنه

غير طريقة غير مناسبة في العلاج لحالات الإكتئاب والقلق الوجودي والميول التجارية والأغتراب وغير ذلك من إضطرابات تكون مصابرها غير ملحوظة في العالم الخارجي.

والحقيقة أن هذا ما يرفضه العلاج السلوكي الحديث في ظل التطورات الرائعة التي يتوجه نشاط المعالجون فيها نحو الأبعاد المتعددة لمرض العقلي.

ومن ثم جاء الكتاب الحالي يؤكد من خلال فصوله بأنه توجد إمكانيات متعددة لتغيير السلوك. بعبارة أخرى نرى أن الإضطراب النفسي نتاج تفاعل بعضها في البيئة الخارجية وبعضها في عالم القيم والتفكير الوجدان .. أي العوامل الذاتية.

وبالتالي فإن علاج فرد يشكو من مشكلة معينة كالإكتئاب أو العجز عن ضبط النزعات العدوانية .. أو القلق .. إلخ يمكن أن يتم بأن نعلمه تقنيات جديدة من السلوك ، كما يمكن أن نعلمه طرق جديدة من التفكير ونحل المشكلات ، ويمكن أن نساعد على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبناها نحو بعض الأهداف.

بعبارة أخرى فنحن نحاول أن نعكس في هذا الكتاب نوعاً من التفكير يهتم اهتماماً خاصاً بالإضطرابات النفسية بحيث لا يجردها من طبيعتها المعقدة. ومحور هذا التصور هو أن الإضطراب النفسي عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية إنما يشمل أربعة عناصر هي : السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية)، والإنفعال (التغيرات الفسيولوجية)،

والتفكير ( طرق التفكير والقيم ) ، والتفاعل الاجتماعي ( العلاقات بالآخرين ) .

نتناول على سبيل المثال شخصا يعاني من القلق الشديد عندما يتقدم لمحديث ودي مع رئيسه أو شخصا من الجنس الآخر أو أى شخص على درجة معينة من الأهمية أو الجاذبية له . إن قلقه فى الحقيقة يترجم عن نفسه فى أشكال متعددة ومتصاحبة ، وتحديث جميعا فى وقت واحد : إذ تشتت ضربات قلبه وتزداد سرعة تنفسه ( كدلالة على الإنفعال ) ويتلجلج فى الكلام ويحمر وجهه ( سلوك ظاهرى )

وربما يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع بقلبه إنسان قاشل وعاجز ومهمل ( قيمة سلبية نحو الذات أو تفكير غير عقلانى ) ، كما يجد نفسه عاجزا عن أن يجد موضوعات مناسبة للحديث لتخرجه من وركته ( كدلالة على ضعف المهارة فى التفاعل الاجتماعى ) .

ولأن الإضطراب يشمل كل هذه الوظائف ، فإن العلاج الناجح يجب أيضا أن يتجه إلى التغيير ، ويشتى الوسائل من مصاحبات الإضطراب فى كل تلك الوظائف والجوانب . فمن الممكن أن نعلم المريض فى المثال السابق أساليب جديدة لضبط إنفعاله ( من خلال الاسترخاء العضلى مثلا ) ، كما يمكن أن نعلمه أساليب جديدة من السلوك أو أن نزيد من إمكانيات أساليبه السلوكية القديمة فى هذا الموقف ( تعديل السلوك ) ، كما يمكن أن نعلمه بأن لا يفكر فى نفسه تفكيراً سلبياً وأن لا يفسى على هذا الشخص - الرئيس أو الفتاة - قيمة إيجابية أكثر مما يجب ( تعديل فى طرق التفكير

ويمكن أيضا أن نعلمه طرقاً جديدة فى تبادل الأحاديث مع الآخرين ، واختلاق موضوعات ملائمة بمهارة ( تعديل طرق التفاعل الاجتماعى ) .

وبالرغم أن من الصعب على معالج واحد أن يتقن مهارات تعديل السلوك البشرى فى الجوانب الأربعة السابقة معا ، فإن المستقبل قد يشهد نجاحات أبقى بين المعالين النفسيين . فنجد فريقا يولى إهتمامه ونشاطه فى السلوك ، وفريقا آخر لتعديل التفكير ، وطائفة ثالثة لتعديل المهارات الاجتماعية ، وطائفة رابعة لتعديل الإضطرابات الإنفعالية . ويبدو أن هذا ما يكون فى الوقت الراهن فى الولايات المتحدة ، وفى غيرها من البلدان تشهد تقدما فى نمو أساليب العلاج السلوكى .

وبعد ، فسنفصل فى الفصول القادمة فى بعض أبعاد هذا المنهج . ثم نود هنا أن نشير إلى أن فصول الجزء الثانى من هذا الكتاب هى بأساليب ومناهج العلاج جاءت لتغطى جوانب التقم باعطاء نماذج من أساليب علاج الجوانب الأربعة السابقة .

## لمحة على أساليب العلاج النفسي الحديثة

أ - قررت أخيرا ، وبعد تردد طويل ، أن تذهب للطبيب النفسي وهي في حالة جادة من القلق والخوف ، والإكتئاب المتزايد يوما بعد يوم .

وتلورت شكواها عند الطبيب في وجود حالة خوف مرضي (فوبيا) من الأماكن المغلقة والضيقة. إذ يصيبها في مثل هذه الأماكن رعب وجزع وتوشك على الأغماء ، وتئن أصابها هونا شديدا . وقد أدت خوفها من الأماكن الضيقة إلى الامتناع نهائيا عن أداء أشياء ضرورية وترفيحية كركوب المواصلات ، والذهاب للأسواق ، أو الدخول إلى محلات البيع والشراء... وامتنعت حتي عن القيام بالواجبات الحيوية التي تتطلب منها الدخول إلى حمام المنزل .

ب - نعمته زوجته ذات صباح ببعض الألفاظ النابية . وبالرغم من أن مشاعره قد جرحت بشدة إلا أنه خرج إلى عمله دون أن يتلفظ ببنت شفة . وفي العمل فوجيء برئيسه ينتقده بحدة على خطأ ارتكبه واحد من زملائه . ومرة أخرى وقف صامتا دون أن يدافع عن نفسه ومبطلا الأمانة بحق ومرة أخرى وفي نفس اليوم طلب من أحد ممرضيه الصغار أعداد مذكرة مطلوبة من مدير المصلحة ، فرفض الموظف أداء العمل بطريقة لم تخل من عدم النوق الاستهانة . والمرة الثانية لم يقم مريضنا بأي إجراء ملائم نحو هذا التصرف . وعندما عاد للمنزل في نهاية اليوم فوجيء بأن طفله الصغير قد أحدث عطبا في جهاز تسجيله للعب به . هذا أنفجر بالغضب على إبنته ، وعاقبه عقابا لا يتلائم مع ثقافة الحادث ، غير أنه لم يشعر بالراحة بعد ذلك ، بل تملكته مشاعر بالذنب . واضطرب ذلك باحساس بأنه إنسان تافه ومديم الفاعلية ، وعاجز عن أن يحكم حياته بإيجابية ملائمة . ولهذا السبب أنتهز

١- للمزيد من التفسيرات القيمة للمرض النفسي أنظر:

أ- شلبيون كاشدان (١٩٧٧): علم نفس الشواذ ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتي ، الكويت : دار القلم . خاصة الفصل الثاني وموضوعه نماذج للسلوك الشاذ :

B- Robbins, R.H.(1959) *The encyclopadia of Witchcraft and demonology*. New York: Crown publishers.

C- Millon, T. & Millon, R. (1974) *Abnormal behavior and personality*. Philadelphia: Saunders Company.

٢- أنظر : عبد المحسن صالحي ، الإنسان الحائر بين العلم والخرافة ، الكويت عالم المعرفة ، مارس ، ١٩٧٩ .

في هذا الكتاب الشيق يركز المؤلف على نماذج من الموضوعات التي تقس بطريقتة خرافية بالرغم من أنه يمكن تناولها تناولا علميا . أنظر بشكل خاص الفصل الثالث الذي يفرده المؤلف للعلاج الخرافي في بعض الشعوب العربية .

٣- للمزيد عن العلاج بالصدمات الكهربائية وتأثيراتها النفسية أنظر : Friedberg J. (August, 1978). *Electroshock therapy: Let us stop blasting the brain psychology today*.

٤- للمزيد عن نظرية فرويد والانتقادات الحادة التي تواجهها مدرسة التحليل النفسي أنظر :

أ - هول ليندزي ، نظريات الشخصية (١٩٧٨) ، ترجمة فرج أحمد

فرج وآخرين القاهرة ، الكويت ، دار الشايع ، ١٩٧٨ .

ب - ايزنك (١٩٦٩) ، الحقيقة والوهم في علم النفس ، الترجمة العربية القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٩ .

5- Eysenck, H.J *you and neurosis*. Glasgow: William collins,

٦- المرجع السابق .

7-Skinner, B.F (1953) *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

أول فرصة ملائمة لزيارة معالج نفسي بيثه شكواه ، وطالبا منه النصيحة والشفاء.

ج - أصابه أثر اتصال جنسي غير مشروع خوف مرضي حاد من بوله. وقد تبلور ذلك في الخوف من تلويث الآخرين ، وبت العدوى بينهم من خلال ما يتبوله. وتحول هذا الخوف إلى أداء وساوس وطقوس قهرية \* إذ أخذ يقضي ما يقرب من خمس وأربعين دقيقة في تنظيف أعضائه بعد كل مرة يتبول فيها ببلوها ما يقرب من ساعتين يقضيها بعد ذلك في غسل يده وتنظيفها. فضلا عن هذا فقد تطورت لديه طقوس حوازية أخرى ارتبطت بهذه الأعراض. ففي كل صباح يأخذ حمام يستغرق منه أربع ساعات تقريبا. وقد بث لمعالجه أنه قرر بعد ذلك أن يقضي أغلب وقته في مخدعه إذ أن "اليسقطة لاتساوي المتاعب التي يتعرض لها أثناءها بسبب تلك الطقوس."

د - إصطحبت إبتها الذي يبلغ الثامنة للمعالج موضحة أنه كان يبدي نموا لغويا عاديا إلى أن بدأ يذهب للمدرسة في السادسة من عمره. وعندئذ تدهورت قدرته على الكلام ، وأصبح الآن كالآخرس تقريبا. وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى.. وقد سبب له هذا ولوالديه كثيرا من التعاسة والالام.

تمثل الحالات الأربع السابقة نماذج لاضطرابات تواجه الناس وتتطلب منهم الاستعانة بالخبراء النفسيين لكي يساعدهم على تحريرهم من العجز والشفاء الذي تسببه لهم هذه الأعراض ، وتطورها .

أي الإنطمال والطقوس والافكار التي يجد الفرد نفسه مجبرا على تكرارها (انظر الفصل الاول الذي يعرض لهذه المفاهيم الرئيسية).

فماذا لو أن كل حالة من هذه الحالات جاءت للطبيب النفسي منذ عشرين عاما أو يزيد؟.

ربما كان الطبيب النفسي ( تحت تأثير شيوع افكار مدرسة فرويد في التحليل النفسي آنذاك) سيطلب من مريضه أو مريضته الاستلقاء على أريكة التحليل النفسي ثلاث أو أربع مرات كل اسبوع لمدة تتراوح بين ثلاثة أو خمسة اعوام. وينتهي العلاج في النهاية ، وبعد تتبع ، أو استقصاء شامل لكل ظروف الحياة المحيطة بالحالة منذ الطفولة المبكرة.

ربما يكتشف المعالج في النهاية أن هذه الأعراض التي دفعت بالمرضى إلى الذهاب للمعالج ليست هي المشكلة الحقيقية بل ترجع أساسا إلى عقدة تمتد بجنورها إلى فترة الطفولة نتيجة علاقة مريضة بأم مستبدة ، أو أب غير مكثرث، أو قد يكتشف أن مشكلة المريض في الحقيقة تعود إلى شعور بالنقص بسبب مشكلة أوديبية أي بسبب كراهية لاشمورية قديمة لاب مسيطر ، كان يقمع تعبيره عن مشاعره ( أي المريض) محولا اياه إلى انسان جبان وعاجز عن التعبير عن مشاعره عندما يتطلب منه الامر ذلك. ولن يعجز عن أن يكتشف أشياء من هذا القبيل في حالة الشاب الحوازي أو الطفل الآخرس (١).

أما الآن فإن هناك أساليب جديدة للعلاج السلوكي يمكن أن تساعد على شفاء كل حالة من الحالات السابقة في فترة أقل ، وبقليل من النفقات ، ودون الاستلقاء على أريكة أو الدخول في نكريات الطفولة ، واستقصاء اللاشعور.

والحقيقة أن الانتقال من أساليب فرويد الكلاسيكية إلى الأساليب الحديثة في العلاج النفسي يعتبر في نظر الكثيرين من ممارسي العلاج النفسي بمثابة ثورة، عملت على تحرير طاقاته ( أي العلاج ) من عقم قاتل. يقول معالج نفسي من كاليفورنيا: " أن التحليل النفسي قد مات فعلا ، لم تعد تلك هي المشكلة ، إنما المشكلة أن نواجه حياتنا بسفاهيم متحررة وجديدة ومستقلة تماما عن علم قد حوطته الأكفان " . وفي أحسن الاحوال نجد أن المعالجين النفسيين المعتدلين ينظرون إلى التحليل كأداة من أدوات عدة يمكن للمعالج النفسي أن يتسلح بها في مواجهته للمرض.

وتسمى الأساليب الجديدة في العلاج النفسي بأسماء مختلفة منها: العلاج السلوكي ، وعلاج الواقع ، والعلاج المنطقي ، والعلاج التشرطي، وتحقيق الإنسان لذاته ، وتدريب الحساسية الخ. وبالرغم من أن بعض هذه الأساليب تستخدم بعض طرق التحليل النفسي خاصة لاكتشاف بداية تكون المرض أو الإضطراب لأنها تختلف جذريا في نقاط أساسية سنتعرض لها بعد أن نعرض للقارئ الاسس التي تقوم عليها النظرية الفرويدية في العلاج ، حتى يزداد استبصارنا بالأساليب الحديثة.

**التحليل النفسي** باختصار هو المدرسة التي تدعى لمنشئها فرويد بكثير من الأفكار والنظريات التي طبقت بمهارة في مجالات الحياة المختلفة كالفن والسياسة، والأمراض النفسية وغيرها. ويهتما من هذه النظرية في هذه المجالات أن تشير باختصار إلى وجهة نظرها فيما يتعلق بالمرض النفسي. وينظر فرويد باختصار إلى المرض النفسي على أنه حصيلة لعدد من العقد النفسية التي تكونت في الفترات المبكرة من حياة الإنسان. بعبارة أخرى فإن الأمراض النفسية المضطربة ترتبط بذكريات لخبرات جنسية

وصدمية مبكرة - نكريات وان كانت قد صارت لاشعورية لأنها لاتزال مع ذلك ذات تأثير فعال في حياة المريض. وتصبح الخبرات الاليمة المبكرة لاشعورية بعد ما يحدث لها من كبت بسبب طابعها الجنسي. ولذلك فالعلاج ينحصر إلى حد كبير في الكشف عن الذكريات اللاشعورية المبكرة ليتمكن المريض من أن يعبر عن الإنفعال الشديد المرتبط بالصدمة. ويتم الكشف عن الذكريات اللاشعورية. من خلال الاستلقاء على أريكة التحليل في عملية تداع حر ، وهو أسلوب يتطلب من المريض أن يتحدث عن كل شيء بذهنه مهما بدا هذا الشيء تافها أو لا منطقياً .

ومن خلاله يتم الكشف عن العمليات اللاشعورية المبكرة الكامنة وراء المرض وبالتالي يتم التوصل للاستبصار بالمرض ثم علاج الأعراض تلقائياً. أي أن المحلل النفسي :

١- لا يهتم بالأمراض المریضة التي يذهب بها المريض بل يعتقد أن هذه الأعراض تعبر عن مشكلات أخرى أعمق هي التي يجب أن يتجه إليها العلاج.

٢- يعتقد أن المرض النفسي - أحياء من خلال الأعراض - لذكريات لاشعورية حقيقية في أعماق الذهن.

٣- يؤمن بأن جذور المشكلة لاتمتد للآن ولكن للماضي - لخبرات الطفولة والعلاقة المبكرة بالوالدين في السنوات الخمس الأولى من العمر.

٤- أما ماذا يحدث في أثناء الطفولة فالامر - في ضوء نظرية التحليل النفسي - أكثر تعقيدا من أن نلخصه في هذا الفصل. ذلك لأن المحللين أنفسهم لم يتفقوا على طبيعة الاحباطات التي يواجهها الشخص في حياته مبكرا ، ولا على طبيعة التفاعلات الشديدة بين الشخص ووالديه. وفي

أحوال كثيرة كان المحللون النفسيون يجنحون نحو تأملات نظرية تختلف من محلل إلى آخر. غير أن المحللين النفسيين استعملوا كثيرا مفاهيم مثل عقدة أوديب ، واختلافاتهم بالنسبة لهذا المفهوم أقل بكثير من اختلافاتهم عن غيرها. وقليل جدا من القراء هم الذين لم يسمعوها أو يقرأوا عن مفهوم عقدة أوديب، والتي تعود في جنودها الأسطورة يونانية استخدمها فرويد لبسط آرائه المختلفة في التحليل النفسي. ويمؤدى هذه العقدة يعتقد فرويد أن كل صغير يمر بفترة يقع خلالها في حب أمه ، والرغبة فيها جنسيا ، غير أنه يجمع ويكبت هذه الرغبة لخوفه من أبيه الذي يصبح منذ الآن مصدرا لكرهية الابن وغيرته. وتكون الأعراض العصابية التي يواجهها الشخص فيما بعد مثل المخاوف المرضية، أو الخوف من مصادر السلطة ، أو التعلق بمن هن كبيرات في السن الخ تعبيرا لاشعوريا عن تلك العقدة التي حدثت من قبل.

ربما تكون هذه العناصر الرئيسية التي تمثل هيكل نظرية فرويد في الأمراض وعلاجها. وربما قيل دفاعا عن نظرية التحليل النفسي بأن هذا العرض لا يوضح كل جوانب النظرية. وهذا صحيح ، لان هناك تفاصيل أخرى شائعة في نظرية التحليل النفسي غير أنها لا تعتبر من الأفكار الجوهرية كتلك التي ذكرناها ملخصة. ومن ناحية أخرى فإننا سنحاول تجنب كثير من الأفكار النظرية في عرضنا هذا ، إلا ما كان منها مستخدما بالفعل في الممارسة العملية المفيدة للعلاج.

وأيا كان الامر، فإن فاعلية نظرية التحليل النفسي قد بدأت تضعف فيما أشرنا. وهناك أسباب كثيرة لذلك : منها ان التحليل النفسي يترك

كثيرا من الارواح معلقة في لحظة توازن طويل المدى. لكن الحياة تتحرك بشكل أسرع بكثير من هذا التوازن التحليلي. لنفرض أن شخصا جاء يشكو من الضعف الجنسي الذي حوله لشخص مكتب نقابه كثير من المخاوف في صورته عن ذاته ، وطلبنا منه - بدلا من أن تقدم علاج - ألا تضعف الجنسي - أن يستلقى على أريكة يقص تاريخه ، ويحكي مشكلاته القديمة والحديثة. فما الذي يجنيه هذا الشخص من هذا ؟. اننا لا يمكن أن نتصور أن نكون بهذا الاسلوب دعاء الشفاء الحقيقي له من ضعفه.

وما الذي سيحدث لعلاقته بزوجه طوال هذه الفترة؟ وماذا عن صديقات الزوجة والآخرات اللاتي تقابلن بسبب تعاستها الزوجية؟. وأكثر من هذا فما الذي يحدث بعد جلسات مقدارها ألف ساعة على الأقل من التحليل والاستلقاء على أريكة التداعي الحر؟ انه قد يستمر في ضعفه الجنسي لنفس الاسباب القديمة. وماذا لو اكتشف المعالج أنه يعاني من عقدة أوديبية هي التي تكف رغبته الجنسية في الزوجة ( فيراها على أنها رمز للام). اننا بعد هذه السنوات الطويلة لانستطيع تغيير بناء علاقته بالأم بعد مرور ٢٠ أو ٤٠ عاما. فلم المحاولة ؟. ان حركة الحياة إذن أسرع من أن يكون مصير الإنسان مرتبطا بمجموعة من الافكار النظرية التي تخالفها في أحيان كثيرة شواهد الواقع.

ويرى آخرون أن التطور والانتقال من آراء فرويد الي الاساليب الحديثة في العلاج يرجع جزئيا إلى اشتعال الحرب العالمية الثانية. فقد وجد المعالجون أنفسهم مرغمين على ابتكار وسائل سريعة، وبسيطة تساعد على اقتصاد الجهد والوقت لحل مشكلات المجندين والمواطنين الذين كانت تلقى



بهم الحرب ومخاوفها في حالات انهيار عصبي بأعداد متزايدة. فمُنذ الحرب العالمية الثانية أصبحت التيارات المعينة في العلاج النفسي والسلوكي تمثل قوة حقيقية في مواجهة الأساليب الفرويدية التقليدية. وأمكنها بالفعل أن تقدم مساهمات فعالة في علاج الكثير من المشكلات والأمراض التي تغطي مجالات مختلفة من الاضطرابات كحالات القلق، والإكتئاب والشعور بالوحدة، والبرود الجنسي، والعجز الجنسي، والمخاوف المرضية، وغيرها من اضطرابات يلاحظها القارئ كلما تقدم في قراءة فصول هذا الكتاب. وباختصار فقد أصبحت لدينا الآن وسائل علاجية متعددة لمواجهة كثير من الاضطرابات النفسية التي كان يزعم أن الأسلوب الوحيد الذي ينجح فيها هو أسلوب التحليل النفسي، أو إعطاء مجموعة من العقاقير المهدئة.

وربما يوجد أيضا عامل آخر ساعد على تطور حركة العلاج النفسي، إنتقالها إلى قنوات جديدة، هو التطور الثقافي والعلمي للمعالجين النفسيين أنفسهم، وتطور نظريات علم النفس الحديث. إذ يبدو أن تطور نظرية التعلم بتأثيرها على التفكير العلمي واستخدام المنهج العلمي والدارسة التجريبية قد أدى إلى تراكم بعض الحقائق التي تلائم الواقع. وبهذا وجد المعالجون منطلقا أكثر أمانا يساعدهم على مواجهة المشكلات المرضية وحلها في قليل من الوقت، وبقلة في النفقات، وقلة في الجهد المبذول في عملية العلاج مع الفاعلية في ذلك.

وربما يكون التغير في الثورة الحديثة على تقاليد التعبير الجنسي التي أخذت تجتاح المجتمعات الغربية هو المسؤول عن انحصار تأثير أفكار فرويد. فالتأكيد الفرويدي على اللاشعور الجنسي كحجر الزاوية في الكثير من

المشكلات الإنسانية، كان مفيدا عند أول ظهوره. وكان موضوعا له إغراقه وله قيمته في شد الانتباه خاصة إذا قدم ذلك بطريقة فرويد الأدبية المثيرة. فقد كان المجتمع البرجوازي الذي عاش فيه فرويد يعمل على قمع كل ما يختص بالثقافة الجنسية أو النقاش العلني فيها. لقد كان الجنس سرا غامضا من أسرار المجتمع. وكان لغزا وزائفة ألفازا عمليات القمع الأخلاقية والإجتماعية. وعلى هذا فإذا كانت تظهر مشكلة في حياة فرد ما، فقد كان يسهل إرجاعها إلى عملية أخرى ذات استسرار غامض وهي الجنس. فالفرد يشعر بالوحدة، أو الغضب، أو الانتفاع، أو الإكتئاب والسبب غامض. وأن السبب مشكلة جنسية عميقة الجنون. وقد جاء "فرويد" في هذا المناخ الإجتماعي يناقش الجنس ومشكلاته بطريقة مباشرة ومثيرة للتحدي. وبهذا أصبح من الطبيعي أن يكون الانجذاب لكتابات فرويد وأفكاره مظهرا من مظاهر التغير والثورة على قيم بالية.

أما الآن فلم تعد أسرار الجنس خافية. ولم تعد نظرة الناس إلى نفس النظرية التي يحوطها الغموض. ولم يعد أثيرا لدى الناس - سواء كانوا معالجين أو طالبي العلاج - أن يفسروا مشكلات البشر ذات الجنون الغامضة في ضوء لم يعد بعد غامضا.

ما تتميز به الأساليب الحديثة من العلاج

وتختلف الأساليب الحديثة عن التحليل النفسي في أنها تهتم بشكل الأعراض وبصورتها الراهنة وكما يعاني منها الشخص. فالمعالج لا يبحث عن الخوف المخفي في نكريات الطفولة وعالم اللاشعور، ولا يعالج الخوف من خلال تصور أن الخوف نتيجة

لمشكلة أعمق. انه يعالج الخوف نفسه كما يشكو منه مريضه . فهو يعتقد أن علاج الخوف سيؤدي بعد ذلك إلى تغيير الشخصية وليس العكس \* فالشخص بعد أن يتغلب على مخاوفه سيتسع نطاق الصحة النفسية أمامه، سيكتسب ثقته بنفسه . وستتغير أفكاره اللامنتطقية عن طبيعة أعراضه .

والأساليب التي يستخدمونها لذلك مباشرة ، وتركز على الشكوى ، أو العرض في اللحظة الراهنة . هذا - وهنا - والان : ذلك هو المنطلق الأساسي لنظريات العلاج العدية . فهي إذن تركز على هذا العرض ، أو الشكوى المباشرة ( خوف - اكتئاب - قلق ) .

كما يحدث (هنا) في هذا الموقف أو ذاك بشكل خاص ( خوف من أماكن مغلقة، خوف من أماكن متسعة ، قلق من الجنس الآخر ، قلق امتحانات ، قلق مع الرؤساء .. الخ ) وكما تحدده النتائج المباشرة للعرض في البيئة (الآن) وليس بالرجوع للشهور والسنوات المبكرة من العمر \*\* .

\* هناك دراسات تربو على مئات وتبين أن التخفف من الأعراض المرضية يؤدي إلى مزيد من الثقة بالنفس، والإيجابية الاجتماعية، وتقليل من القلق والسلبية . أي أن علاج الأعراض يغير من نمط الشخصية ومن سمات لم تكن موضوعا للعلاج .

\*\* يرى الفرويديون أن هذه الأساليب قد تمثل تهديدا لتطور العلاج النفسي - فتجاهل المشكلة وعلاج الشكوى المباشرة ( العرض ) شبيه - في تصورهم - بإعطاء نقاط للتخفيف فقط من التهاب حاد في اللوزتين مثلا . ويتفق المعالج الحديث في بعض الجوانب مع هذا ولا يعارضه . ويمتنع فيما بعد أن المعالج يميز بين الشكوى الثانوية والمشكلة الرئيسية ولكن بفهمهم وتصورات مختلفة عن التحليل النفسي . كما أن المعالج الحديث يهتم بخلفية المشكلة عندما يكون السبب عضويا . فعلاج " التهمة " أو نقص إقرار ندة من الغد قد يكون ضروريا ' خفيف حدة القلق . أما في الحالات الأخرى كالإكتئاب فإن علاج العرض كعرض أمر ضروري .

لنتناول على سبيل المثال حالة السيدة التي تخاف من الأماكن المغلقة التي بدأنا بها هذا الفصل . فقد يستخدم المعالج الحديث بعض أساليب تحليل النفسي لا يعرف ما وراء العرض، ولكن لكي يكتشف بداية تكون المرض (الفوبيا)

ثم قد يقوم بتشجيع المريضة على مغالبة نواحي ضعفها . ولكنه بجانب هذا قد يعرض المريضة تدريجيا ، لأماكن مغلقة تبدأ أولا بالأماكن التي لا تستثير الاقتراب قليلا من الخوف ( كمنازل الأقارب والأصدقاء ) ثم الانتقال بها بنفس التدرج إلى الأماكن التي تستثير القدر الأكبر من الخوف والجزع . وبالطبع لا يتم ذلك مابين يوم أو ليلة ، وإنما على مدار فترة العلاج حتى يرسخ الاطمئنان في المواقف الأقل استثارة للقلق حتى الوصول لكرها استثارة له .

ففي حالة هذه السيدة انن يكون الاهتمام هو الخوف المرضي ذاته وليس ما وراءه من صراعات لاشعورية محبوسة منذ الفترات المبكرة من العمر . ويتجه العلاج مباشرة نحو هذا الخوف وليس علاجه بطريقة غير مباشرة بتغيير الشخصية ككل كما يصر الفرويديون على ذلك . وتختلف الاسس النظرية التي ينطلق منها المعالجون المعاصرون . فهي عند البعض تكون نابعة من أفكار نظرية التعلم كما أثرتها عبقريّة العالم الروسي الفذ " بافلوف " ، ثم واطسون فيما بعد ، وعند البعض الآخر يكون المنطلق النظري نابعاً من نظريات العالم الأمريكي المعاصر

\* تكون فترة العلاج أقل بكثير من فترات العلاج التي يتطلبها التحليل النفسي .. ففي العلاج السلوكي قد يستغرق العلاج ستة أشهر أما عن طريق التحليل النفسي فيستغرق مابين ثلاثة أو خمسة أعوام .

"سكينر". وقد يكون المنطلق من نظريات الشخصية ، أو نظريات التفكير .. الخ. ومع أن الاسس النظرية فيما يبدو تشكل موضوعا مثيرا للجدل بين المعالجين النفسيين هذه الايام ، فإن اهتمامنا في هذا الكتاب غير موجه الا في القليل نحو الاسس النظرية - قد نتعرض لهذه النظرية أو تلك ولكن لكي نضع اصبع القارئ على العوامل التي تجعل من أسلوب معين صاحب فاعلية أكبر من أسلوب آخر

فضلا عن هذا فإن هناك ما يدل على أن الفرق بين معالج ناجح وآخر أقل نجاحا لا تكمن في المنطلق النظري لكل منهم بقدر ما يتوقف النجاح على عوامل أخرى كثرة المعالج بنفسه، وانخفاض مستوى قلقه وقدرته على ابتكار طرق تدفع مرضاه للتحسن والعلاج ، وتكوين علاقات دافئة بهم (٢).

## تنوع الأساليب العلاجية بحسب آثار الإضطراب على الشخصية

وبالرغم من تركيز المعالج الحديث على شفاء الأعراض المباشرة فإن هذا لا يعنى أنهم ينظرون للمرض النفسي نظرة تجرده من طبيعته المعقدة والمركبة. ولاتبالغ إن قلنا بأن كل المعالجين الآن ، بما فيهم المعالجون السلوكيون ، يعلمون أن الإضطراب النفسي عندما يحدث يؤثر في مختلف جوانب الشخصية وهذا ما يجعله لوطبيعه مركبة. وحتى لو لم يصرح المعالج أحيانا بهذا في كتاباته (بسبب منطلقاته النظرية) ، فإنه في الممارسة العملية لا يغفل عن تلك الطبيعة المركبة للإضطراب النفسي ، وتكون محاولاته متجهة لهذا نحو أحداث التغيير في الشخصية بأية طريقة ملائمة ، ويأتي مدخل مناسب وقد يستخدم في ذلك بعض الأساليب التي تمده بها نظريات علاجية لاتتفق ظاهريا مع نظريته. ومن ناحيتنا نعتقد أن تصنيف مدارس العلاج النفسي إلى مدرسة سلوكية أو فرويدية قد لا يكون ملائما دائما. قد يكون الملائم هو تصنيف الأساليب العلاجية بحسب فاعليتها في أحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة. ولما كنا نعتقد بأن الإضطراب النفسي عندما يثور يكون متعدد الجوانب من حيث آثاره على الشخصية فيصيب بالاختلال : الوظائف الوجدانية، والسلوكية الظاهرة، وأساليب التفكير ، وأساليب التفاعل الاجتماعي ، فإن تصنيف المناهج العلاجية بحسب فاعليتها وتركيزها على تعديل كل جانب من هذه الجوانب قد يكون أفضل. وعلى هذا فمن الممكن تصنيف الأساليب العلاجية إلى أساليب لتعديل الوجدان ، وأساليب لتعديل السلوك ،

وأساليب تعديل التفكير فمضلا عن أساليب تعديل أساليب التفاعل الاجتماعي .. وفيما يلي بعض التفاصيل:

١- يتعلق الجانب الوجداني أو الانفعالي من الإضطراب بدرجة تعرض الشخص لوصمة عدد من الإنفعالات السلبية بالنسبة لموضوع الإضطراب كالخوف من الأماكن المغلقة، أو القلق الاجتماعي - أو الخوف من نماذج السلطة .. الخ - ويعتبر أسلوب العلاج التدريجي التي سنتأتي الإشارة إليه في الفصل الثالث نموذجا للأساليب المستخدمة في تعديل الإنفعالات والمشاعر السلبية. ويقوم العلاج التدريجي على أساس تعويد المريض على مواقف تتشابه مع الموقف الأصلي المثير للقلق. ويستخدم هذا الأسلوب لإزالة الحساسية المبالغ فيها نحو عدد من المخاوف المرضية النوعية. وتتم إزالة الحساسية المبالغ فيها (الجانب الوجداني - من الإضطراب) باستبدال استجابات الخوف والقلق نحو هذه المواقف باستجابات تناقض تلك المشاعر السلبية وتعارضها. وتيسير نجاح العلاج يستخدم الاسترخاء العضلي العميق (الفصل الخامس) للقلب على الإضطرابات النفسية (التوتر العضلي) المصاحبة للاحاساسات والمشاعر المرضية.

ومن الأساليب التي تنتمي لتعديل الوجدان أساليب تأكيد الذات ، وتقوم على تشجيع الفرد وتيسير الظروف له لكي يعبر عن انفعالاته بحرية ويتلقائية ما عدا التعبير عن القلق والجوانب الوجدانية السلبية (الخوف والانسحاب الخ) .

٢- أما الجانب السلوكي للإضطراب فيتعلق بالتورط في سلوك ظاهر كالامان، والعنوان، وتعمير الممتلكات ، ويتفاوت السلوك الظاهري في

التعبير عن الإضطراب من سلوك لفظي ( كضعف معدل الكلام ، أو البكم في حالة الطفل التي أشرنا إليها) إلى الاندماج في جوانب قطعية من السلوك المضطرب كإيقاع العنوان بالآخرين ، أو الامان على المخدرات .. الخ. ويعتبر العلاج بالتغيير نموذجا لأنواع العلاج المستخدمة حاليا . ويقوم على أساس تقديم خبرات غير سارة عند ظهور السلوك الذي ترغب في التخلص منه أو علاجه ، فمثلا يعالج الامان على الخمر بإعطاء المتعاطي عقاقير مسببة للقيء بعد التعاطي مباشرة وذلك كالايمورفين Apomor- phine ويعالج التبول اللاإرادي باستخدام ما يسمى " سرير ماورد" (٣) الذي صممه العالم النفسي الأمريكي Mowerer . وهو سرير عادي يرقد عليه الطفل لكنه مصمم بحيث أن أى بلل فيه يؤدي إلى إغلاق دائرة كهربائية ، تتصل بجرس كهربائي يدق بعنف فيوقف الطفل قبل أن ينتهي من تبوله . وقد وجد أن كثيرا من الحالات قد عولجت بهذا الأسلوب وبلغت نسبة الشفاء ما يقرب من ٩٠٪ من حالات التبول . وبالرغم من أن كثيرا من المعالجين يعارضون هذا النوع من العلاج ويصفونه بأنه علاج آلي وأعمى إلا أن فاعليته في بعض الحالات لا شك فيها . وهناك شكل آخر من العلاج الموجه نحو تعديل الجوانب السلوكية من الإضطراب ، ويسمى بتعديل السلوك أو استخدام التدعيم. في هذا النوع من العلاج يتعلم الفرد الاستجابة التوافقية الجيدة عن طريق تدعيمها. وكذلك يمكن إيقاف الإضطرابات وتعديل الجوانب الشاذة من سلوكه (عدوان أو انسحاب الخ) عن طريق التوقف عن التدعيمات التي تقدمها البيئة (بشكل مقصود أو غير مقصود) لهذا النوع من السلوك. وينجح الشخص في إيقاف السلوك السيء إذا ما الفيت الرابطة بين السلوك المضطرب ونتائجه في البيئة. وتعتمد هذه المجموعة من

أساليب العلاج على بحوث سكينر (Skinner) وسنعرض في الفصل السابع لأسس التعقيم وكيفية إجرائه.

٣- أما الجانب الفكري من الإضطراب فيشير ببساطة إلى مجموعة الأفكار والمعتقدات والحجج (وربما القيم التي يتبناها الشخص) نحو ذاته ونحو بيئته بحيث تؤدي في النهاية إلى إثارة الإضطراب ، أو تكيده فقد يتبنى الشخص الانسحابي فلسفة تقوم على أن البعد عن الناس غنية، وقد يتبنى الشخص الاعتمادي فلسفة تقوم على أن الإنسان محكوم بالحظ والبيئة والسلطة ، فلم المحاولة ؟ وهو في ذلك يساعد على ابقاء أساليبه الشاذة في التوافق، ويبعد نفسه عن اختبار جوانب جيدة من السلوك الفعال والايجابي. ويلعب الجانب المعرفي دورا كبيرا في الإضطرابات ذات المصدر الاجتماعي كالتعصب العنصري. فقد أظهرت البحوث أن المتعصبين يتبنون حججا نحو موضوعات تعصبهم لا تتناسب مع الواقع. من هذا أن البيض في أمريكا يتبنون اعتقادات عن السود بانهم اشبه بالحيوانات، وأنهم كسالى وعدوانيون- ويتولى هذا من تعصبهم نحو الزنوج. وكذلك يتبنى السود المرتفعون في التعصب آراء سلبية عن البيض بتصوير أن البيض ضعاف جنسيا ومتعصبون مما يوقعهم (أي السود) في ضروب من الإحراج والسلوك غير اللائق نحو النساء البيض - الخ. وهناك بحث أيضا يدل على أن "الروس" يعتقدون صورة سلبية عن الأمريكيين ، قريبة من نفس الصورة التي يعتقدونها الأمريكيون عن الروس (٤). ويقوم العلاج من هذا النوع على التعديل من طريقة ادراك المواقف وأفكارنا عنها مع تحليلها وتفسيرها. ومن أكثر النماذج المعاصرة لهذا النوع من العلاج ما يسمى بأسلوب العلاج عن طريق الدفع المتعقل Rational- emotive therapy أو العلاج المنطقي الذي يدعو له العالم الأمريكي ألبرت إليس صاحب معهد العلاج المنطقي في

نيويورك. وفي هذا النوع من العلاج يقوم المعالج باستبدال أفكار المريض غير المنطقية عن نفسه، وعن الآخرين بأفكار منطقية تتناسب مع الصحة النفسية. وقد توصل " إليس " إلى عدد من الأفكار التي تشجع بين المصابين والذهانيين بينما لا تشجع بين الأسوياء. وسنعرض لها في الفصل الثامن كما سنعرض لأهم الطرق المستخدمة في التعديل من طرق التفكير اللامنطقية. وهناك أيضا أساليب تقوم على تبصير المريض عقليا بنتائج أفعاله وصراعاته. ولكن الأدلة على فاعلية الاستبصار في تفسير السلوك ضعيفة للأسف فالاستبصار قد يزداد نتيجة للعلاج ، ولكن وجوده قبل العلاج لا يؤدي لتغييره كثيرا. فكثيرا ما يشكو الشخص بأنه يفهم تماما الأسباب الأساسية لضعفاته ، لكنه يعجز عن التخلص من الأعراض وقد خصصنا الفصل السابع لهذا النوع من أساليب التعديل المعرفي.

ومن الأساليب التي تنتمي لهذه الفئة، هذا النوع من العلاج الذي شهى بأن يعيد الشخص النظر لنفسه بطريقة ايجابية ومختلفة. فيعتبر إدراكه لذاته، وعندما يتغير ادراك الذات يتغير السلوك ، ويتم هذا بعدة طرق لها : تغيير طريقة اللبس والوضع الاجتماعي، أو التعقيم الإيجابي للجوانب ايجابية في الشخصية. ومن الحالات التي استخدم فيها هذا الأسلوب نجاح : حالة فتاة غير جذابة، مكتئبة وباهتة الشخصية، أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها - وفق خطة من العلاج - على أساس أنها شخصية مدبرة بالاعتبار ، وشديدة الحيوية والجاذبية والفكاء. وقبل نهاية العام استطاعت أن تكون أسلوبا سهلا في التعامل مع الآخرين ، كما استطاعت أن تكون أكثر جاذبية وثقة في امكانياتها (٥). وعندما ينجح الشخص في تكوين أسلوب معين في ادراك الذات فإن هذا يؤثر في شخصيته ككل. ويتصرف بطريقة تتسق مع الصورة التي يحملها عن نفسه. وقد يعنف ،

ويكتسب إذا لم يتبين الآخرين السلوك المناسب نحوه. وتزداد فاعلية علاج التفكير إذا ما حدثت معه شروط أخرى منها : احترام المريض للمعالج والثقة في امكانياته، ووجود دافع التغيير لدى الشخص نفسه ، وأن يكون الشخص نفسه مرناً وذكياً ، ويؤمن بالنتائج التي سينتهي إليها هذا التغيير .

٤- أما الجانب الاجتماعي من الإضطراب فيشير إلى الإضطرابات التي تصيب تفاعلات واستجابات الفرد الاجتماعية. ويعتبر الجنوح والجنسية المثلية نموذجين للإضطرابات الاجتماعية ومن المعتقد<sup>(٥)</sup> أن السلوك المضطرب ينشأ نتيجة لعملية اضطراب في تعلم السلوك الاجتماعي الجيد وهناك نظرية ترى أن التوحد بالآخرين واتخاذهم قدوة يعتبر من المصادر الهامة في اكتساب أشكال السلوك التي يتبناها الفرد. فإذا كانت القدوة نفسها أو النموذج الذي يحتذى به الشخص كالأب ناجحاً وقوياً، كان من السهل أن يكتسب الفرد خصائص سلوكية، والعكس صحيح. ومن المعروف أن بعض أشكال الجريمة ، والجنوح يحدثان بسبب أنواع خاطئة من التعلم الاجتماعي مصدرها توحد الطفل بنماذج جائرة

وتتوقف نتائج التعلم الاجتماعي بطريق التوحد بالنماذج على السلوك الذي تتوحد به. فقد يتوحد الطفل الذكر بالأم - بون الأب - لكثرة غياب الأب ، أو موته ويعدده عن الأسرة، وعندئذ يصعب عليه تعلم الأنوار الاجتماعية الذكرية فتسهل فرصته فيما بعد لاقتصاص الانحرافات الاستجناسية ( اللواط ) \* .

\* نسبة كبيرة من حالات الاستجناس تأتي من أسر مهتمة .. أي تفصل الأم عن الذبح بينما يبقى الابن مع الأم .

وعندما يحدث التوحد بأحد الوالدين من نفس الجنس - كما هو شائع في المجتمعات - فإن الطفل يتجه ليتبنى العور المناسب بما فيه النزعة إلى العدوان كما في حالة الأطفال الفكور وتزداد نسبة الجنوح والعدوان بين هؤلاء الذين يتوحدون بنماذج عدوانية جائرة .

وبالرغم من أهمية عمليات العلاج القائمة على التعلم الاجتماعي فإن فاعليتها فيما يبدو تتوقف على أنواع معينة من الإضطراب. فعندما يكون الإضطراب النفسي من النوع الذي يسلك الشخص بمقتضاه ضد الآخرين (كالجريمة ، والانحراف ) فقد يسهل تعلم الاستجابات الملائمة من خلال عرض نماذج لجوانب خلقية وجيدة من السلوك. غير أن الإضطراب عندما يكون متحولاً ضد الذات (كالقلق والاكتئاب والانتحار) ، فإن من الصعب وضعه تحت خبط هذا النوع من العلاج. فأنواع الإضطراب الموجه نحو الذات تنشأ بسبب عمليات تعلم لا تصلح لها الطرق العلاجية السابقة .

استخدام العقاقير والاساليب الفيزيقية في العلاج :

بدا استخدام العقاقير في علاج الإضطرابات النفسية منذ فترة مبكرة ، إلا أن استخدام العقاقير أصبح منذ الخمسينيات من أكثر الأساليب إنتشاراً في داخل المصحات العقلية. والحقيقة أن المرضى العقليين أصبحوا أكثر تعاوناً بعد إكتشاف العقاقير وتزداد أهمية العقاقير بالنسبة لحالات المرض العقلي ربما بسبب أن العوامل العضوية تلعب دوراً هاماً في نشأة الاستعداد للانحياز العقلي. وقد أدى أنتشار العقاقير إلى زيادة في نسبة الخروج من مستشفيات ونقص في عدد النزلاء بالمستشفيات المختصة للطب

العقلي . لكن نسبة العودة الي المستشفيات والمصحات النفسية قد ازدادت .

وفي حالة القلق والإضطرابات الوجدانية الأخرى كالإكتئاب غالبا ما يصف الأطباء كثيرا من المهدئات كالفاليوم والباربيتوراتس ، والابوية التي تبعث على النوم .. الخ . وفي احصائية انجليزية تبين أن تكاليف المهدئات والعقاقير الطبية تصل الي مالا يقل عن ١٠٠ مليون جنيه استرليني في العام (٦) . ولاشك في أن العقاقير تؤدي الي تغيرات سلوكية واضحة ، فالمهدئات التي تستخدم مع المرضى العقليين تحول المهتاجين والعنوانين إلى أشخاص هائنين . وتخفف العقاقير المضادة للقلق من التوترات العضلية ، وتساعد على النوم ، والقابلية للتغير الإيجابي . لكن العقاقير لا تؤدي إلى تغيرات علاجية شاملة ، لهذا فلا بد أن تصحبها أساليب علاجية أخرى برامح وقائية . كما أن من أخطر ما يمكن أن تؤدي اليه هو لاندمان عليها . وتعتبر المهدئات هي وحدها - بين فئات العقاقير الأخرى - القادرة على خلق أمان واعتماد جسمى عليها . وهناك أيضا عقاقير المنبهة كالامفيتامين ، وهي تستخدم للارتقاء بالحالة المزاجية ولزيادة التيقظ ، ويستخدمها كثير من الطلاب لاعتنائهم على سهر بالليل كما يستخدمها الرياضيون لتمينهم على حسن الأداء (٧) وبالرغم من أن "الامفيتامينات " لا تؤدي إلى الانمان الجسمى الا ما تخلق اعتيادا نفسيا . ويؤدي استمرار استخدام عقاقير علي المدى الطويل إلى التوتر والارق ، والارتعاشات وغيرها من الإضطرابات النفسية (٨) .

ومن المتفق عليه - بشكل عام - أن العقاقير في عمومها لاتعالج المشكلات ولكن تحقق هرويا مؤقتا منها - ومن ناحية أخرى ، فإن العقار الواحد " الفاليوم " مثلا ، يؤدي إلى استجابات مختلفة في الأشخاص المختلفين فقد يثير شعورا بالبهجة والانتشاء عند البعض ، وعند البعض الآخر يؤدي إلى عكس ذلك الاحساس - تماما - لذلك فإن اعطاء عقار معين يجب أن يكون مصحوبا بفهم عميق لطبيعة الشخصية وخصائص المريض وتركيبه النفسى .

وترتبط بالادمان مشكلة أخرى يثيرها استخدام العقاقير في العلاج وهي مشكلة الافراط في تعاطي كميات أكبر من نفس العقار للوصول إلى نفس الحالة التي كانت تكفى للوصول إليها كميات أقل في بداية التعاطي . فالشخص قد يكتفى في البداية بثلاثة ميلجرامات من الفاليوم " للوصول به إلى حالة من الاسترخاء والهدوء النفسى : ولكن يحتاج تدريجا إلى كميات أكبر حتى يصل إلى نفس الحالة التي كانت تكفى للوصول إليها كميات أقل .

وفي اعتقادنا أن الامر إذا تطلب استخدام عقاقير على الإطلاق ، فإنه لا بد من المواجهة بالموافقة على المصادر الرئيسية لصادر الإضطراب .. والخطأ ، مع استخدام أساليب جديدة من التعلم لمواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية ، والتدريب على فنون العلاقات الإجتماعية ، والتفاعلات البناءة بالآخرين .. كل ذلك يجب أن يتم جنبا إلى جنب مع أشكال العلاج بالعقاقير . وهناك العلاج بالتشنجات الكهربائية التي تقوم على وضع قطبين

كهربيين على فودي المريض مع تمرير تيار كهربائي خلال المخ. وعلى الرغم من أن العلاج بالصدمات الكهربائية يبدو مفيداً في علاج بعض الحالات كالإكتئاب الحاد.. فإن تأثيره مؤقت، ويتحول نسبة كبيرة من الأشخاص إلى نفس الحالة بعد فترة من الزمن. كذلك من الثابت أن الاستمرار في العلاج بطريق الصدمات الكهربائية يؤدي على المدى الطويل إلى آثار جانبية تكون أخطر من الإضطراب الأصلي. من هذه الآثار الجانبية: الإصابات المخية وضعف الذاكرة، وفقدان القدرة على الاتجاه. وقد ناقشنا هذه القضايا في الفصل الثالث.

## الخلاصة

إن اكتشاف الأساليب الحديثة في العلاج، يعتبر ثورة شهدتها الأعوام الأخيرة، فلم يعد من الضروري أن يتحول آلاف المضطربين إلى مرضى مزمنين. وقد عرضنا لعدد من أساليب العلاج محاولين أن نبين أن هناك مناهج تستخدم بنجاح في علاج بعض الإضطرابات دون البعض الآخر الذي تصلح له مناهج من نوع آخر. وهكذا فعندما يكون الإضطراب مصحوباً بمخاوف مرضية أو قلق من مواقف محددة، فإن استخدام أساليب التنريج وتأكيد الذات وغيرها من أساليب تعديل الإضطراب الوجداني تتج نجاحاً بالغاً في التخلص من مصادر الإضطراب وتكون أساليب التعديل السلوكية من أحسن الوسائل في علاج الإضطرابات التي تكون متجهة ضد الآخرين كالعدوان وتدمير الملكية الخ كذلك ينجح في حالات تعديل سلوك الأطفال عندما تكون الأعراض واضحة ويسهل تحديدها. على حين أن الأساليب التي تنجح إلى تعديل قيمنا وأساليبنا الفكرية والمعرفية الخاطئة تفيد أكبر فائدة في تناول الإضطرابات التي تكون الأعراض فيها، متجهة ضد الذات كالإغتراب\*، والإكتئاب،

\* خاصة ذلك النوع من الإغتراب المصحوب بالعزلة الاجتماعية وعدم الحماس للقضايا الاجتماعية فالمعزوف عن المشاركة في حلها.. الخ. والإغتراب هنا بالطبع يختلف عن المفهوم الفلسفي الذي يرى أن الإغتراب يعبر عن موقف فكري يتبناه الشخص تجاه تناقضات الحياة والنظم الإجتماعي.



## مراجع وتعليقات

لا بد من الإشارة إلى أن هناك اختلافات شاسعة بين المطلقين التفصيليين .  
يتم من يعترف بأن " فرويد " صاحب تفكير تقليدي وبينهم من يرى أنه  
بط نظريته بشكل متعسف بالجنس والعوامل البيولوجية . ولهذا  
أسق عليه عدد من تلاميذه مثل " يونج " و " أدلر " وحلول كل منهم أن  
من نظرية مختلفة .

لكن بالرغم من اعترافنا بالاختلافات الشديدة بين علماء التحليل  
نفسى ، إلا أن هناك خاصية تجمعهم جميعا وهى أن الأعراض فى رايهم  
بر تعبيرا غير مباشر عن " مشكلة الخفية " . أما ما هى هذه المشكلة  
خفية فهذا ما يختلف فيه أنصار التحليل النفسى . فهى عند فرويد مشكلة  
علقة بالتطور الجنسى والكبت فى الطفولة ، وعند " أدلر " هى عقدة النقص  
الخ . كذلك يشترك المطلقون النفسيون فيما بينهم فى أن نظرياتهم لم تبين  
لى نتائج تجريبية . بل أن فرويد تجنب المعالجة التجريبية لأفكاره ، مما  
جعل من المستحيل وزن الدلالة العلمية لثبات ملاحظاته وبقته . ومثله فعل  
يونس " و " أدلر . " وبالرغم من أن المطلقين النفسيين المعاصرين قد  
لمجون بين الحين والآخر فى دراسات علمية لاثبات آرائهم فإنهم عموما  
يننون أسلوبا يستخف بالأحصاء ، والتجارب العلمية .

للمزيد من الشرح عن نظرية التحليل النفسى والانتقادات

فى وجهتها

والشعور بالنقص .. الخ . كذلك تصلح هذه الأساليب فى علاج  
بعض الإضطراب الإجتماعية التى تلعب الأفكار الخاطئة دورا كبيرا  
فى تسعيمها مثل التعصب والتحامل على حين أن الأساليب المتجهة نحو  
تعليم أساليب جيدة من التفاعل الإجتماعى تكون فعالة فى علاج الحالات  
التي يكون منشأ الإضطراب فيها راجعا لأخطاء فى التوحد بنماذج شاذة  
وغير ملائمة لاكتساب السلوك الجيد وذلك كما فى حالات الإضطرابات  
الاستجناسية والجناح .. الخ .

أما عن الوقاية فإن الجهد الذى يتم فى هذا الميدان قليل ، ولو أن  
من الممكن استخدام الأساليب المتطوطة بتحسين الوراثة خاصة فى حالة  
الوقاية من الإضطرابات العقلية كالفصام . وهناك جهد أكبر يمكن أن يتم  
بالنسبة لتعليم الوالدين أساليب مناسبة من التنشئة ، كما يمكن التخلص  
من تأثير الازمات البيئية بخلق مناخ وقائى يؤدي إلى التخفيف من الضغوط  
المرتبطة بجو العمل عن طريق الارشاد والتوجيه . ومن طرق الوقاية انتشار  
الثقافة ، والمعرفة بالظروف المؤدية للإضطراب ، بحيث يعامل المضطربون  
بقدر كبير من المشاركة الوجدانية والمودة . بدلا من العزلة . لكن خلق مناخ  
وقائى لا يغنى عن ضرورة وجود أساليب فعالة من العلاج المباشر  
للإضطرابات الفردية عندما تشد . ويعرض كل فصل من الفصول الآتية  
منها فى هذا الاتجاه .

انظر :

(أ) هول ليندزي (١٩٧٨) *تطبيقات الشخصية* . ترجمة فراج أحمد ،  
قصري حنفي ، لطفي فطيم . الكويت : دار الشايع للنشر (خاصة ، الفصل  
الثاني والثالث والرابع )

(ب) أيزنك (١٩٦٩) ، *المعقبة والوهم في علم النفس* ، ترجمة  
قصري حنفي ويؤوف نظمي ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٩ .

كذلك انظر لعدد من مؤلفات فرويد التي ترجم بعضها اللغة العربية  
منها :

(ج) سيجموند فرويد ، *معالم التحليل النفسي* ، ترجمة محمد  
عثمان نجاتي ، القاهرة : دار النهضة العربية .

٢- هناك عدة دراسات تبين أن شخصية المعالج بغض النظر عن  
انتمائه النظري لهذه النظرية أو تلك تساعد على إعطاء دقات قوية للعلاج ،  
مما يدفع بعض المعالجين إلى تركيز جهودهم في البحث عن أساليب فعالة  
دون النظر إلى ارتباطات بنظرية نفسية معينة . وهناك أيضا ما يدل على أن  
المعالجين الناجحين يتشابهون في خصائص معينة مهما اختلف إنتمائهم  
النظري بينما تشابه الناجحين بالاقل نجاحا في داخل النظرية الواحدة  
يعتبر أقل من ذلك . وعلى هذا فإن المعالج الناجح الذي ينتمي لنظرية  
التحليل النفسي أقل تشابها بزميله الأقل نجاحا في نفس ( النظرية ) وأكثر  
تشابها في خصائصه من معالج ناجح ينتمي لنظرية العلاج الوجودي مثلا .  
وقد تبين أيضا أن الناجحين في العلاج النفسي يتميزون بخصائص منها :

١- الثقة بالنفس ، والخلو من القلق ، والثقة بالنفس ، والقدرة على تكوين علاقة فعالة  
بمريضه . انظر :

Frank d (1961) *Persuasion and healing* . Baltimore : J.  
Fopkins Press.

Hans E. Ysenck (1078) : *You and neurosis* . Britaion, Glas  
ow: Willion Collins.

- المزيد عن العوامل الفكرية في تأكيد التعصب أنظر :

Bronfenbrenner, U. (1961) : The Mirror image in soviet - Amer  
can relations - A social psychoologist approach. *J. of Social  
sues.*, 17 No. 3pp. 45. 56.

٣- "ميشيل أرجايل" من أكسفورد - بريطانيا نظرية بينت له أن  
الأطفال يتوحدون بوالديهم بدرجة معينة ، بمعنى أنهم يتخفون من الآباء  
الذين يحاكونها ريقنون بها عند مواجهتهم لمشكلات الحياة المختلفة . فإذا  
كان الآباء أنفسهم من بين المتسمين بالطموح والجدية فإن أطفالهم  
يحبسون نمط مشابها من الشخصية . ويمكن الاستدلال على توحد الطفل  
بوالديه من خلال التشابه بين الصفات التي يصف بها الأطفال والديهم  
والصفات التي يضعونها للشخص الذي يرغبون في أن يكونوا مثله . فإذا  
وصف نطف الأب بالجدية والنجاح والذكاء ، ثم بين أن ما يتعناه لنفسه هو  
الجدية والنجاح والذكاء فإن هذا التشابه يعتبر علامة جيدة على التوحد  
الأب . وتبين دراسات على الأطفال الانجليز بأن تأثير الأب على الابن الذكر

أكبر من تأثير الأم. فإذا أراد الوالدان لابنائهم أن يكونوا قادرين على العمل الجاد والنجاح فإن عليهما أن يكونا من القادرين بالفعل على العمل الجاد ومن الناجحين. وكذلك يجب عليهم أن ينقلوا هذه الخصائص لأطفالهم من خلال تشجيعهم لهم على التوحد بهم. ولكي يحدث التوحد الناجح هناك شروط يجب أن تتوافر منها:

١- أن يمضي الأب جزءاً من وقته في داخل منزله مع أطفاله.

٢- أن تكون العلاقة بين الوالدين والأطفال دافئة ومشبعة لكلا الطرفين.

٣- وأن يكون الأب للطفل على قدر مرتفع من الجانية والفعالية. وأن يكون مقبولا وفق معايير التقبل الاجتماعية المحلية. وقد وجد على سبيل المثال أن أطفال الأسر المهاجرة يميلون إلى رفض التوحد بأنهم كنماذج خاصة إذا كان المجتمع يعاملهم كغرباء أو طفيلين. ومن رأي "أرجايل" أن الصحة العقلية تتحسن إذا ما كانت علاقة الطفل بالديه علامة طيبة وإذا ما توحد الطفل بأحد الوالدين من نفس الجنس (يتوحد الطفل الذكر بالأب، وتتوحد لطفلة بالأم). ذلك لأن الأولاد الذين تتوثق علاقاتهم بالأم دون الأب يتحولون إلى كثير من الأحيان إلى السلبية والأنوثة وربما الجنسية المثلية (الاستجناس). وهناك من الدلائل ما يشير إلى صحة هذه النظرية من أن المستجنسين قادرين بصفة واضحة على أن يحتفظوا بتوحدات منكرة أو سزوجة (نكرية وأنثوية معاً) انظر شلدان كاشدان، علم نفس الشوان، الترجمة العربية، الكويت: (دار القلم-١٩٧٧). للاطلاع على تطبيقات نظرية

التوحد انظر:

ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية.

ترجمة عبد الستار إبراهيم، الكويت: دار القلم، ١٩٧٨ خاصة الفصل

الثاني، والثامن. كذلك

Argyle, M. & Robinson, P two origins of achievement motivation

*Social Psychology* 1962, 1 107-120.

انظر ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية،

الرجوع السابق.

شيلدون كاشدان، علم النفس الشوان، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة

مراجعة محمد عثمان نجاتي، الكويت: دار القلم، ١٩٧٧.

٨- يقسم علماء العقاقير والأطباء العقاقير المختلفة إلى عقاقير مهدنة،

وعقاقير منبهة أو منشطة، وعقاقير الهلوسة. أما العقاقير المهدنة فهي

كالكحول والمورفين، والهيروين والمسكنات الطبية المختلفة، وتتضمن

العقاقير المنبهة الكافيين (مادة القهوة) والنيكوتين والكوكايين والامفيتامين

- الخ وتتضمن عقاقير الهلوسة مجموعة من العقاقير تؤدي إلى غياب الوعي

والهلوس ومن أهمها الحشيش أو الماريوانا وال L. S. D. والمسكالين.

ويمكن خطر العقاقير المهدنة في أنها تؤدي إلى الايمان الجسمي.

والايمان الجسمي يختلف عن مجرد الاعتقاد أو التمسك النفسي وهو ما

يحدث في حالة الامتناع عن العقاقير المنشطة. أما عقاقير الهلوسة فأنها

لاتؤدي إلى أمان جسمي أو إعتياد ولكنها تؤدي إذا أسيء استخدامها إلى  
اعراض نفسية مختلفة منها الفيبوية ، والهلاوس البصرية والسمعية المفزعة  
فضلا من اضطراب السلوك الإجتماعي كالاتكالية الشديدة ، والسلبية .  
أنظر أيضاً :

Richard Frances & John Franklin (1990). *A Concise Guide  
to treatment of alcoholism & addiction* .Washington, D.C  
:American Psychiatric Press.

Vernon Johnson (1986). *Intervntion: How to help someone  
who doesn't want help*.  
Minneapolis Johnson Institute Books.

الباب الثانى  
نماذج من أساليب  
العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث

الفصل الرابع : علاج الإضطرابات الإنفعالية بطريقة  
متدرجة

الفصل الخامس : أسلوب الاسترخاء وتقريبه .

الفصل السادس : تأكيد الذات والحرية والإنفعالية وتدريب  
المهارات الإجتماعية .

الفصل السابع : قوة التعيين .

الفصل الثامن : العقلانية وتعديل أخطاء التفكير .

الفصل التاسع : علاج نون معالج : الأساليب الحديثة فى  
العلاج الذاتى .

## الفصل الرابع

### علاج الإضطرابات الإنفعالية

#### بطريقة متدرجة

حالتا ألبرت وبيتر وما بعدهما :

كان " ألبرت " في شهره الحادي عشر عندما قام العالمان السلوكيان " واطسون " و " راينر " بتعريضه لفأر أبيض . لم تثر رؤية الفأر - في البداية - أي مشاعر بالقلق أو الخوف لدى " ألبرت " ، إلى أن قام العالمان بتقريب الفأر حتى يصبح في متناول " ألبرت " الذي مد يده اليسرى يلمس الفأر ببراعة ، وفي هذه اللحظة أطلق المجريان صوتا عاليا حادا من خلف رأس " ألبرت . " عندها قفز الطفل فزعا مشيحاً برأسه وجسمه كله عن الفأر . تكرر هذا الاجراء إلى أن تأكدت تلك الاستجابة الإنفعالية الحادة من " ألبرت . " ويمرود الوقت تحول مشهد الفأر - المحايد - إلى مصدر للخوف الشديد عند الطفل . فبعد سبع مرات من تعريض الفأر مقرونا بهذا القرع الحاد ، بدأ ألبرت يصرخ طالبا النجدة عندما كان يشهد الفأر ( حتى ولو كان بعيدا وبن أن يكون مصحوبا بهذا الصوت الحاد ) . فضلا عن هذا فان مخاوفه لم تقتصر على مشاهدة الفأر بل بدأت تعمم نحو كل الاشكال ذات الفراء والمشابهة للفتران كالارانب والكلاب ، ومعطف القرو . الخ (١) .

ومن المأسف أن الطفل قد أخرج من المستشفى في الوقت الذي كان يفكر فيه الجريان في ابتكار بعض الطرق للعودة به إلى نفس حالته السابقة . لهذا فأننا لانعرف ماذا حدث له بعد ذلك هل استمرت مخاوفه أم استطاع أن يتغلب عليها وأن يعود إلى طمأنينته المعتادة عند مشاهدة الغنران والارانب أو الاشكال الفرائية؟ وإذا شئنا التخمين فإن من المرجح إلى حد بعيد أن الخوف قد بدأ يصاحب ألبرت ويعايشه حتى بعد تجاوزه لسن الطفولة ما لم تكن هناك بعض الجهود التي قدمت له للتغلب على مخاوفه \* .

وما يستنتج من حالة " ألبرت " هو أن كثيرا من جوانب الخوف والقلق والرغبة وعدم الثقة بالنفس وغيرها من أشكال العصاب ما هي الا عادات سببة اكتسبناها في مواقف مختلفة أو مؤلة ، أو مهينة للنفس . أننا نتعلم أن نكون مرضى أساساً بسبب خبرات مؤلة تعرضنا لها البيئة

ونفس المنطق يمكن القول بأن ما نتعلمه يمكن أن نتوقف عن تعلمه ، أو نتعلم عكسه . فإذا كنا نتعلم أن نكون مرضى فأننا يمكن أن نتعلم أن نكون أصحاء . والعلاج النفسي هو فن تعليم الناس أن يكونوا أصحاء

\* هناك بعض الاعتبارات الخلقية التي يجب الإشارة إليها في هذه الحالة . ذلك لأن التجريب على السلوك الإنساني بهذه الطريقة يستتجر عديدا من الاعتبارات الخلقية والإنسانية ومن المؤكد أن قيام كثير من الباحثين بالتجريب على السلوك الإنساني بهذا الشكل يعتبر من العوامل الهامة وراء الهجوم الشديد على العلاج السلوكي خاصة في مراحل تطوره الأولى.

أي خلو من المخاوف التي لا معنى لها ومن المعطلات الإنفعالية التي تعوق القدرة على التفكير السليم ، وتحقيق الذات والطمأنينة . صحيح أن صغيرنا لم تتح له هذه الفرصة فيما تعلم . لكن ما البأس في أن نستنتج أيضا بأن الخوف الذي تعلمه " ألبرت " كان يمكن أن يتخلص منه لو أننا عرضناه

لتلك الاشكال - التي أصبحت الآن موضوعا لمخاوفه - تدريجيا ، وعلى أن تكون مصحوبة هذه المرة بخبرات سارة أو جذابة . والحقيقة أن هذا ما اقترحه المعالجان عند عرضهما لهذه الحالة ، لقد اقترحا بأن الطريقة - المثلى لعلاج " ألبرت " وتخليصه من مشاعر القلق والخوف أن نقدم له منبها مرغويا ( قطعة من الإسكولاته ، أو عناقة مثلا ) في الوقت الذي يظهر فيه القلق عن بعد أولا ثم تقرب القلق تدريجيا في المرات التالية مع تقديم منبهات أخرى مرغوية .

وعلى الرغم مما في هذا التصور من منطق وديهة فإن توظيفه للعلاج النفسي تأخر حتى عام ١٩٢٤ . ففى هذا العام نشرت أول دراسة أكلينيكية لحالة طفل اسمه " بيتر : أمكن - بنجاح - إزالة مخاوفه المرضية من موضوعات مماثلة بتعريضه تدريجيا لتلك الموضوعات في الوقت الذي كان فيه الطفل يلتهم طعامه باسترخاء لنيد وفق الطريقة الآتية " في الفترة التي كان فيها الطفل جائعا تم وضعه على كرسي مرتفع وأعطى بعض الطعام ، وفي هذه اللحظة أظهر الموضوع المخيف ( الفأر ) بهدف أحداث استجابة

سلمية (الخوف). وعندئذ بدىء في ابعاده تدريجيا عن الطفل حتى أصبح على مسافة بعيدة لاتهدد إطفام الطفل. لقد قدرت القوة النسبية التي عندها لايتدخل حافز الخوف مع حافز الجوع، بالمسافة التي يجب أن يكون عليها الموضوع المخيف. ثم والطفل منهمك في طعامه، أمكن تقريب الموضوع المخيف تدريجيا نحو المائدة، إلى أن تم وضعه على المائدة نفسها، حتى أمكن له في النهاية ملامسة الطفل " (٢)

وهذا المنهج هو نفس ما أقترح قبل ذلك بخمسة أعوام تقريبا، عندما أمكن إثارة مشاعر الخوف عند طفلنا " ألبرت " \*

وبالنظر إلى أن إزالة الخوف والقلق النفسي في الحالة السابقة تم بتعريض الشخص لأنفعالات ايجابية معارضة لهذا القلق والخوف ( ابعاد الموضوع المهدد واظهاره تدريجيا)، أطلق على هذا الأسلوب من العلاج مصطلح " الكف المتبادل"، وهو موضوع كتاب شهير ظهر عام ١٩٥٨، يلخص جهودا علاجية لما يقرب من مائتي حالة من الخوف والقلق أمكن علاج ما يزيد على ٨٩٪ منها. وهي نسبة تدعو إلى الاطمئنان بكون شك.

**والفكرة الرئيسية** من مبدأ الكف المتبادل هي أنه اذا ما نجحنا في استثارة استجابة معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة للقلق فإن هذه الإستجابات المعارضة تؤدي إلى توقف وكف كامل أو جزئي للقلق ولهذا بدأ الخوف في التناقص أو الاختفاء بعد ذلك.

نسبة النجاح في الخرق التقليدية من العلاج النفسي تصل إلى ٦٥٪ وهي أفضل قليلا من نسبة نجاح التلقائي دون علاج على الإطلاق.

الكرم بمثال "بيتر" الذي عرضنا له توا، فقد انتهى خوفه من الفئران بعد تقريبها منه تدريجيا وهو منهمك في طعامه. لقد أمكن ببساطة كف الخوف بتشجيع ظهور استجابة أو استجابات تتعارض معه: الطعام، والتقديم التدريجي للفأر، وعناقه مع بث الطمأنينة.

ولعل السؤال الذي يفرض نفسه هنا هو ما هي الاستجابات المعارضة للقلق، والتي اذا أمكن احداثها في حضور الموضوعات أو المواقف المخيفة أمكن بالتالي ايقاف القلق وكفه؟ وكيف يمكن احداثها. وتطويعها لدى الناس في اضطراباتهم الحقيقية انه لا يوجد اتفاق محدد عن هذه الاستجابات أو نوعها. فأى سلوك ينمي الشخص من خلال خبراته الخاصة بحيث يكون من شأنه ان يوقف ويكف جوانب الإضطراب بمظاهره الفسيولوجية أو الوجدانية، أو السلوكية، ينجح أن يكون سلوكا كافيا ومناقضا للإضطراب والقلق.

التعرض التدريجي لمصادر الإضطراب:

وبالرغم من تعدد الأساليب التي يبتكرها المعالجون لايقاف القلق، وكفه، فإن قليلا منها قد حظى بالاهتمام العلمي اللائق، والتطمين التدريجي، من بين تلك الأساليب القليلة التي حظيت باهتمام علمي كبير.

والتأمل في طريقة التطمين التدريجي يبين انها تقوم على بديهة اجتماعية شائعة. فمن المعروف لدى الكثيرين بأن التعرض المستمر والمتوالي للمواقف - لاي موقف من مواقف الحياة - يغير من اتجاهاتنا نحو هذه المواقف. وينطبق هذا على كل المواقف التي تستثير الإضطرابات



العصابية. كالمواقف المثيرة للقلق ، أو الخوف والرهبة ، والتحرج ، والضيق - الخ .

وتشهد البديهة العامة أيضا بأن هناك طريقتين ينصح بهما الناس عند مواجهه هذه المواقف وهما : اما التعرض الكلي للموقف أو التعرض التدريجي . فالبعض قد ينصح شخصا خائفا من السباحة بأن يلقي نفسه في الماء وأن يحاول . وبالمثل فقد ينصح البعض شخصا ما أن يحدث له حادثة في سيارة أو من مركبة عامة أن يعود من جديد لمكان الحادث أو للموضع المألوم مواجهها اياه مباشرة حتى تتحيد مشاعره نحوه .

لكننا نجد في كثير من الاحيان أن الحكمة تتطلب التدرج . والواقع أن التخلص من الخوف مثلا بتعرض الشخص تدريجيا للاشياء أو الموضوعات التي تثيره ( كالظلام والاماكن الواسعة ، أو الاماكن العالية ، أو الضيقة - الخ ) كان - ولا يزال - من الفنون الرئيسية التي تتجه لها بديهة الإنسان المتعرس بالحياة .

لاحظوا مثلا مشهد الطفل الذي يصرخ بفزع لانه شاهد خفيفا أو زائرا غريبا يلتحي بلحية سوداء .. أو يلبس نظارة أو يرتدي زيا غريبا لم يشاهده الطفل من قبل . أن كثيرا من الآباء يدرك أن هذا القلق والفزع لا يمكن التخلص منه بدفع هذا الطفل نحو هذا الضيف وتأنيبه على ذلك . كن حكمة الاب قد تنفعه - مثلا - إلى أن يحمل الطفل مهددا اياه ، بينما يبادل الضيف بعض الاحاديث الودية . وهكذا سنجد تدريجا أن الطفل قد خذ يختلس النظرات إلى مشهد الضيف الغريب وهو في موقعه الآمن مع

أياها هي ذى الان نظرات الطفل المختلسة تستمر للحظات أكثر متعولة كطرات ود وصداقة . فس على ذلك ما يقوم به الآباء المجرمون عند جميع الطفل على السباحة ، أن الاب لن يدفع بالطفل دفعا مفاجئا إلى الماء لكنه سيبدأ بدلا من ذلك مقربا اياه من الماء تدريجيا دون اثاره أي أعر بالخوف أو القلق . بل على العكس قد يخاطب الطفل بكلمات تشجيعية . وقد يرفعه قليلا من على أرض الشاطئ . عندما تقترب موجة عنيفة . بالتدريج يقرب قدمي الطفل ثم ساقيه إلى الماء ثم جسمه كله . ان الطفل دائما لا يزيد عن عشرة دقائق قد يصبح بكامله في البحر يضرب المياه رجوله بسرور ونشوة .

والحكمة مماثلة جرت شريعة بعض المجتمعات البدائية على وضع لها في طقوس قاسية متدرجة قبل أن يسمح لهم بأداء الادوار الرشيدة . نفس الحكمة تتجه المجتمعات الحديثة إلى استخدام أسلوب التدرج في تهيئة الاطفال وتدريبهم على المشي والحركة والكلام . كذلك يتجه كثير من المسسات الضعيف العقلي إلى استخدام نفس هذا الاسلوب مع ضعاف عقول لتدريبهم على رعاية النفس ، وإرضاء متطلباتهم الرئيسية ، والتطويعهم إلى مستويات أرقى من النمو الحسي والحركي والفكري .

وتقوم طرق العلاج النفسي السلوكي بطريقة التطمين التدريجي على نفس المبدأ : ابتكار وسائل لتشجيع العصابي على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجيا . والهدف الرئيسي من ذلك تحييد مشاعر المريض العصابية بالغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف . ويكون من

خلال التعرض التدريجي للمواقف أو المواقف المثيرة للقلق مع احداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماما خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد، أي إلى أن تلغى العلاقة بين المنبه والاستجابة ( القلق أو الخوف .. الخ ) . البحوث المتراكمة عن هذه الطريقة في علاج الأمراض النفسية والسلوكية تثبت أنها ذات فاعلية لاشك فيها . وعلى سبيل المثال أمكن استخدام طريقة التقريب التدريجي للمواقف المؤلمة في علاج المرضى في مستشفيات الصحة العقلية . فلقد أمكن لمجموعة من المرضى الخائفين من الاماكن المظلمة والواسعة أن يتخلصوا من هذا القلق وفق خطة قام بها عالم نفسي ، ويقوم على تعريضهم تدريجيا ويبطئ لهذه الاماكن . كذلك أمكن علاج مجموعة من المخاوف المرضية المتعلقة بالخوف من المستشفيات أو المدارس لدى مجموعة من الاطفال الصغار باستخدام نفس هذا الاسلوب . أضف إلى ذلك حالة الطفل " بيتر " التي سبقت الإشارة إليها وغيرها مما سيأتى الحديث عنه بعد قليل (٤) .

#### أسلوب التطمين التدريجي في منظور تاريخي :

بالرغم من أن الصياغة النظرية لاسلوب التطمين التدريجي ، وتوظيفه للعلاج بدأت في فترة حديثة ، فإن المتتبع لتاريخ العلاج النفسي قد يتعرف على بعض الاساليب العلاجية القريبة مما يدل على أن هذا الاسلوب لم يخف على خبرة المعالجين التفسيريين السابقين . ففي سنة ١٩٢٢ يشرح الطبيب النفسي الالماني المشهور كريتشمر Kretschmer طريقة في

علاج النفسي سماها التعويد المنظم . ويسوق كريتشمر ما هد على فاعلية أسلوبه حالة شاب في الثلاثين من عمره كان انى من الخوف الشديد عندما يجد نفسه في أماكن فسيحة أو شارع مما دفعه إلى الامتناع عن الخروج من منزله لشهور عدة ، وتطور مر به إلى أن أصبح يخشى الخروج من حجرته . وقد بدأت خطة العلاج في أمكن تشجيع المريض أن يسير - مصحوبا بالمعالج - لمسافات قصيرة ثم تزداد تدريجيا . ثم تم استبدال الطبيب تدريجيا بشخص آخر .. إلى أن كان للمريض السير وحده خطوات قليلة خارج المنزل كانت تزداد تدريجيا ن يوم إلى آخر .. حتى أصبح بإمكانه السير والرحيل إلى أماكن يده وغريبة .

وقريب من هذا أسلوب استخدامه أحد المعالجين سنة ١٩٦٢ لشفاء إحدى مصابات بمرض الخوف من الأماكن المظلمة وفق خطة مماثلة بالشكل الآتي :

" تضمنت الخطوة الأولى في علاجها أن نصحها إلى ميدان فسيح مجاور للميدان طلب منها أن تعود إلى المنزل بمفردها . وبالرغم من أن البرودة شملت وجهها ، واعتري الشحوب وجهها ، وازدادت نبضاتها ، وجف ريقها ، فإنها اعترفت بأن هذه الطريقة قد أفلحتها عن أي طريقة حاولتها من قبل . وفي اليوم التالي بقيت منها أن تكرر الذهاب إلى الميدان والعودة إلى المنزل بمفردها عددا من المرات (٥) "

وفي ميدان التحليل النفسي يعتبر التطمين المتدرج عملية علاجية من شأنها تمكن المريض تدريجيا من مواجهة المواقف المؤلمة وتقبلها . ويعترف بعض أطباء من أن قيمة الاعتراف والتداعي أمام المعالج تتبع من أن احساسات الشخص نحو هذه المواقف تبرد وتقل . ان المرضى يجب أن يعرضوا أنفسهم لهذه المواقف التي تأتيهم بانفعالات مؤلمة . فإذا كان المريض مثلاً خائفاً من أماكن المظلمة فإنه يمكن أن يطلب منه في اليوم الأول من العلاج أن يفلق باب بمرته لحظات قصيرة ، وفي اليوم الثاني قد تزداد هذه اللحظات إلى عشر دقائق ثم إلى نصف ساعة يوميا إلى أن يكشف من خبرته العملية أن باستطاعته مل مواقف الخوف " .

الطبيب الجزع :

وفي عام ١٩٤٩ عولجت بنجاح حالة طبيب مصاب بعصاب الخوف من

الظلمة باستخدام أسلوب التطمين مع استخدام الاسترخاء عند تخيل الخوف ، وذلك بأنه كان يطلب من المريض أن يتخيل مشاعره وهو في مكان مظلم ، وأن يسترخي مطمئنا وهو يفعل ذلك . كذلك طلب منه أن لا يجعل من خوفه دليل أقوى من هيبته واحساسه بالامان ، وذلك بأن يبعد تفكيره عمدا عن التهديد اذا ما شعر بأن الخوف يشتد . وربما تعتبر حالة الطبيب الجزع حالة يستخدم معها أسلوب التطمين المتدرج اعتمادا رئيسيا على إثارة خيال المريض والاسترخاء وإثارة احساسه بمعارضة للخوف . وهي من الخصائص التي للأساليب الحديثة من التدرج كما سنرى .

#### الطفلة مرجريت

وفي سنة ١٩٦٢ عرض " بنتار " لحالة الطفلة " مرجريت " التي كانت في الحادي عشر عندما أرادت أن تقف مستعدة على حمام الصباحة المفزلي ، وسقطت بعنف ، وأخذت تصرخ بشكل حاد . وبعدئذ قاومت بشدة ويصرخ . أي محاولة من قبل الابوين لاعادتها للاستحمام أو لتنظيفها . ومن الغريب أن ابوين لاحظا بأن مرجريت بدأت تخاف أيضا من أي مصادر للماء بما في ذلك صنابير الماء في المنزل والماء نفسه . وقد أمكن للمعالج أن ينجح مرجريت بنجاح في برنامج من أربعة أجزاء في خلال شهر (أيزنك ، الحقيقية والوهم في علم النفس، ص ١٤٨) . في الجزء الأول وضعت لها حوض من الدمى في حوض الحمام الفارغ . وتركت حرة تماما في الذهاب إلى الحمام وتناول الدمى ، فكانت تدخل غرفة الحمام وتخرج نائمة من الحوض . وفي الجزء الثاني من العلاج وضعت الطفلة مرتين

على مائدة المطبخ بجوار حوض الفسيل بينما أمثلاً الحوض بالماء ، والدمى تطفو فيه . وقد صرخت في البداية حينما اقتربت من الماء ، وعندئذ وضعت الدمى أمامها على الجانب الآخر من الحوض وعلى رف فوقه بحيث تقطر إلى السير في الحوض لكي تصل إليها . وأخيراً دخلت الماء مترددة وخافت قليلاً حينما ابتلت . أما في الجزء الثالث فقد تم إعطاؤها " الحمام في أثناء تبديل ملابسها في حوض غرفة الحمام ، وقد أعطيت دمية محبة لتلعب بها ، ولكن المرأة المعلقة فوق الحوض أثارت اهتمامها أكثر وسرعان ما تحول بكافها في البداية إلى صرخات سميدة ثم بدأت أيضاً تلعب بالماء وفي ذات الوقت تلعب بالرشاش في الفناء وكانت الخطوة الرابعة والأخيرة في إعطاء مرجريت الحمام أثناء تبديل ملابسها في حوض الحمام وبعاء جار . وقد عارضت ذلك في البداية بالصراخ ولكن الاحضان الأبوية والعزم أوقفها عن البكاء بعد يومين . وقد شفيت "مرجريت" بعد شهر واحد من العلاج وأصبحت تلعب بشكل طبيعي وأخفت خوفها من الصنابير والاحواض ، بل أنها أيضاً أثبتت سلوكاً مرحاً باللعب في الماء فكانت تجري بحماس إلى البركة الضحلة في الفناء الخلفي وتطرح الماء من حولها في سعادة بالغة . ولم يعد هناك شك في أن مخاوفها الأصلية قد اندثرت تماماً . ويعلق بعض الكتاب فيما بعد على حالة مرجريت بأنه : " لو أن تلك الحادثة التي تعرضت لها هذه الطفلة حدثت قبل ذلك التاريخ بخمسة أو عشرة أعوام فأنها من المؤكد لم تكن لتلقى رعاية مهنية تساعد على الخروج من أزمته " (٦)

وبالرغم من أن هذه الحالات التي عرضنا لها يدعو عليها جميعاً طابع البساطة - فمصادر الخوف معروفة . والاستجابة كانت سريعة . فأننا سنبين في

شأنا هذا الكتاب بأنه من الممكن تعميم نفس هذه المبادئ النظرية على حالات أكثر تعقيداً . حالات لا تكون فيها مصادر القلق والخوف ذات مصدر واحد كما في حالة الصغير البرت أو الطفلة مرجريت . بل يتكون القلق فيها من عدد من العناصر ، وقد لا تكون هذه العناصر متشابهة دائماً .

إن معطيات هذا الأسلوب الإيجابية في الحالات البسيطة والمعقدة على السواء يوحي بون شك بأن هذا الأسلوب يؤدي إلى فوائد علاجية وتقنيات ملموسة وثابتة لدى عملاء العيادات النفسية ممن يعيث القلق بحياتهم عبثاً ملحوظاً

**خطوات عملية - علاجية**

### لاجراء التطمين المنظم

تتكون طريقة إجراء التطمين عادة من أربع مراحل هي :

١ - تكريب المريض على الاسترخاء العضلي .

٢ - تحديد المواقف المثيرة للقلق .

٣ - تدريج المنبهات المثيرة للقلق .

٤ - التعرض لآقل المنبهات المثيرة للقلق (أما بطريق التخيل أو في مواقف حية)

مع الاسترخاء ، ثم التدريج لمواقف أكثر إثارة لقلق فأكثراً .

وقبلاً يلي بعض التفاصيل عن كل مرحلة :

١ - تكريب المريض على الاسترخاء (بالشكل الوارد في الفصل الخامس) وعادة

ما يستغرق عشرين دقيقة في كل جلسة من الجلسات العلاجية الست

الأولى .

ثانياً: تحديد المنبه الرئيسي المثير للقلق: (هل هو خوف من الاماكن المغلقة؟ أم ، خوف من الحديث أمام الناس؟ ، خوف من التعبير عن العدوان؟ ، خوف من تأكيد الذات؟ الخ).

وبالرغم من أن تحديد المواقف التي تستثير القلق قد يبدو يسيراً ، إلا أن هناك نقاطاً حيوية يجب التنبيه لها . ذلك لأن طالب العلاج في كثير من الاحيان قد يفصح عن شكوى أو مشكلة دون أن تكون هي المشكلة الرئيسية في حياته . فالكثير من الشكاوى الظاهرة قد تغطي اضطرابات أنفعالية لم نعبر عنها صراحة (٧) . وكمثال لذلك حالة (ب) مهاجر مصري للولايات المتحدة الأمريكية في الأربعين من عمره ، يقيم في الولايات المتحدة منذ سبعة أعوام . متزوج وله خمسة أطفال . يعمل في شركة مشهورة منذ تاريخ وصوله للولايات المتحدة . وقد دل تاريخه في العمل على نجاحه وتفوقه طوال هذه المدة . جاء يطلب مشورة الكاتب لانه في الفترة الاخيرة قد بدأ يكره عمله ، وأنه يفكر في تركه . بالرغم من أنه لم يجد عملاً آخر بعد وأنه فيما يعبر يشعر بأن " كابوساً يكبس عليه " عندما يخرج من منزله كل صباح إلى مكان العمل .

وبالرغم من أن هذا القلق قد يعبر عن قلق شائع لدى الكثيرين وهو قلق العمل . إلا أنه بسؤال (ب) تبين أن قلقه يقوم على قلق آخر وهو عجزه عن تأكيد نفسه في العمل ، خاصة مع رئيسه وزملائه الأمريكيين في العمل الذين كانوا يصفهم - أقل منه بكثير من حيث الكفاءة في أداء العمل .

من المهم أنن أن نتبين أن الاسباب الرئيسية وراء القلق المباشر الذي يبثه طالب العلاج لمعالجه قد يكون كثير من الاحيان أهم من حيث دلالاته العلاجية ،

التي تنبئ لذلك ضرورة ويوفر على المعالج وعلى المريض على السواء جهداً ضخماً . ذلك فإن الخطوة الاولى التي يجب التنبيه لها عندما نشور حساسيتنا المرضية نحو بعض الاشياء أن نحدد ما إذا كان ذلك القلق أساسياً أم ثانوياً (أي واجعا لاسباب أخرى أساسية) .

ولنتأمل هذه الحادثة التالية بين معالج نفسي وشاب في الثانية والثلاثين من العمر . يعمل مهندساً كهربائياً . وقد جاء يطلب النصيحة بصدد قلق عنيف بدأ يملكه عندما يجد نفسه في مكان ضيق . ويبين سير الحادثة الآتية أن خوفه من المصيريات إنما هو خوف ثانوي يداري به قلقاً أساسياً متعلقاً بحياته الجنسية الزوجية الشابية .

نفس : لدي خوف من الاماكن الضيقة .

المعالج : أوضح أكثر؟ .

نفس : أشعر بقلق ، وبالعجز عن التنفس . وأحياناً تسوء حالتي واضطر للخروج جرياً لاستعيد قدرتي على التنفس واستنشاق هواء نقي شيء فطيع .

المعالج : أريد أن أعرف شيئاً أساسياً . متى بالضبط ، وأين تشعر بهذه الحالات . لنبدأ بمتى بدأت هذه الحالة تظهر لديك ؟ .

نفس : (يفكر) . أنا سني الآن ٢٢ سنة (يحاول أن يحسب) بدأت أشعر بهذه الاشياء في التاسعة والعشرين .

المعالج : يعني بدأت منذ حوالي ثلاث سنين .

المريض : نعم تقريبا .

المعالج : كيف كان حالك في تلك الفترة ؟ يعني هل كانت هناك مشكلات مختلفة منذ ثلاث أو أربع سنوات ؟

المريض : لاأظن . كنت عاديا وأنا أستقل الاتوبيس من المنزل للعمل كل يوم . لم تكن هناك مشكلات .

المعالج : طيب ما الذي حدث منذ ثلاث سنين في تصورك ؟

المريض : مجرد شعور بأنني خائف ومشهدود الاعصاب . بدأ ذلك لأول مرة عندما كنت أستقل الاسانسير وكان مزاحما والجوفيه حار وخائف . لذلك تركته وأخذت الدرج . لكنني بدأت بعد ذلك اتجنب حجرة الاجتماعات لانه لم تكن بها نوافذ . وعندما كنت اضطر لحضور اجتماع فيها كنت أشعر بالضيق والاختناق . وحاولت أن أعطي بعض المهلنات ، ولكن دون فائدة . وحتى الآن لازلت أبقى كرسي مجاورا للباب حتي اذا أحسست بشيء ما أستطيع أن أهرب سريعا ، لأنني لم نهبث للكثور فقال إنه عداوة مكبوتة .

المعالج : وهل أفادك هذا التفسير شيئا ؟ أعني ما الذي فعلت به ؟

المريض : لاأبني .. لم أعرف ماذا أفعل به .

المعالج : حتى أنا لاأبني ! ..علي أية حال دعنا الآن نرجع بالذاكرة قليلا إلى ماكان يحدث في حياتك منذ ثلاثة أعوام . لا أعني خوفك من الاماكن الضيقة ، لكن أي حوادث عامة أو خاصة حدثت آنذاك ؟

المريض : تعني أي شيء ..

المعالج : نعم أي شيء تفكره .

المريض : هم دعني افكر لحظه (مهمة .. تنهد ) منذ ثلاث سنين ؟ لقد تزوجت منذ ثلاث سنين . غير اني لا أرى هناك أي علاقة بين ما حدث آنذاك وبين ما أنا فيه الآن .

المعالج : هل تعتقد أن هناك علامة ما ؟

المريض : لاأرى ذلك ، مجرد اتفاق زمني .. أليس كذلك ؟

المعالج : من الجائز .. غير أنني أشعر أنك تدافع أكثر من اللازم في هذه النقطة .

المريض : لا .. أنني لاأري أية صلة .

المعالج : أنن هل تعتقد أننا يجب أن نبحث عن الصلة ؟

المريض : أتريد اللف .

المعالج : لاأعني .

المريض : أنتظر ، أنني لاأريد أن اطلق زوجتي - حتى وان كانت هناك صلة أنا لاأريد الطلاق .

المعالج : ومن يتحدث عن الطلاق

المريض : أه .. يعني

المعالج : اسمعني .. انظر حتي لو وجدنا بعض المشاعر السلبية نحو زواجك لم  
لا تحاول أن تفكر في علاج هذه المشكلات وأن نخلق لديك شعورا بحرية  
الحركة من خلال الزواج بدلا من الانفصال والهدم ؟ - أعني أننا لم  
نكتشف بعد وجود صلة ما بين زواجك ومخاوفك من الاماكن الضيقة.  
قد نجد تلك الصلة أو لانجدها ، لكن اذا كنت تشد أن هناك مشكلات  
ما في حياتك الزوجية فلماذا لا تحاول مواجهتها وحلها حتي وإن لم تكن  
لها صلة بمخاوفك من الاماكن الضيقة ؟ قد يكونا مشكلتين منفصلتين  
أو مترابطتين لكن واضح أنك تقفز لاستنتاجات وتتصور أنني ساهم  
حياتك الزوجية . أخبرني علي أية حال - كيف تستجيب زوجتك  
لمشاعرك بالخوف ؟.

المريض : متفهمة للغاية.

المعالج : جائز أنها متفهمة أكثر من اللازم ؟

المريض : ماذا تعني ؟

المعالج : جائز أنها بتفهمها تشجعها فيك .

المريض : لا أظن .

المعالج : علي أية حال يعني أسأل سؤالا ثانيا : حدثني عن علاقتك الجنسية  
بزوجتك ؟

المريض : سؤال غريب حقا ( لحظة صمت ) الحقيقة أنني الآن لا أحتمل الاتصال  
الجنسي بها .. وأشعر بأنني علي وشك السقوط .

المعالج : بماذا تشعر بالضبط ؟.

المريض : يعني أنتنكر . أشعر كأنني في مصيدة وكأنني مضغوط عليه .. عاجز عن  
التنفس ومختنق .

المعالج : لدي احساس أن زوجتك رغم حبك لها من النوع المسيطر كانت ولا تزال  
مسيطرة . لهذا أرى أننا نستطيع علاج خوفك من الاماكن المقلقة لو  
نجحنا في علاج مشكلاتك معها أنني أرى بوضوح بعض الجوانب  
السلبية بينك وبين زوجتك . لهذا أريد أن أراكما في المرة القادمة معا  
حتى نصل شيئا إلى وسيلة أفضل لتحسين علاقتكما (٨)

هنا نلاحظ أننا أن الشكوى المباشرة جزء من مشكلة أعمق تتعلق بحياة  
المريض وعلاقاته الإجتماعية الزوجية الخاصة لهذا يجب أيضا أن تتضمن خطة  
العلاج التركيز على تلك المشكلات ولهذا فلا بد في كثير من الاحيان من معالج  
المشاكل التي ماهر يساعد عميله من خلال الاسئلة الذكية والصريحة إلى التوصل للـ  
مشكلة الحقيقية .

ويمكن بالطبع التوصل بذلك من خلال عدد من الوسائل منها : الاسئلة  
الاستكشافية التي يسألها المعالج ، ومنها الاطلاع على تاريخ حياة الشخص  
ومزأله عن الملابس التي صاحبت ظهور اضطراباته ... فقد تكون هذه الملابس  
هي السبب الرئيسي للقلق (كما في حالة الشاب السابق الذي ظهرت مخاوفه من  
الاماكن الضيقة مصاحبة لزواجه) - ويمكن أخيرا استخدام استخبارات  
الشخصية .

بعد أن نتمكن من حصر جوانب القلق الرئيسية التي سنعالجها وبعد أن يتم لنا الحكم بأن تلك المواقف رئيسية وليست هامشية تبدأ مرحلة أخرى من العلاج . يضع المعالج المواقف المثيرة للقلق في قائمة مدرجة ، أي قائمة من المواقف التي تستثير القلق في حياة المريض بدرجات متفاوتة ، بحيث يوضع الموقف الذي يستثير أعلى درجة من القلق أو الخوف في أعلى تلك القائمة ، ويوضع أقلها استشارة في أسفل القائمة . أما الحكم بهذا التدرج فهو يتوقف على الشخص نفسه بالطبع ، إذ يطلب منه المعالج أن يرتب فقرات كل موقف من مواقف جانب معين من القلق بطريقة هرمية من القاع إلى القمة بحيث يبدأ بأقل المنبهات إثارة للخوف ويصعد إلى أشدها إثارة . ولنتأمل كمثال من أمثلة الترتيب التدريجي نوعين من المخاوف هما : الخوف من الامتحانات .. والخوف من الرفض الاجتماعي .

١ - ففي حالة الخوف من الامتحان يمكن أن تدرج المنبهات المثيرة للقلق وفق هذا الترتيب :

١- شهر قبل الامتحان

٢- أسبوعان

٣- أسبوع قبل الامتحان

٤- خمسة أيام قبل الامتحان

٥- أربعة أيام

٦- ثلاثة أيام

٧- يومان

٨- يوم واحد قبل الامتحان

٩- في الطريق إلى الجامعة يوم الامتحان

١٠- انتظار فتح صالة الامتحان

١١- في انتظار توزيع ورق الأسئلة

١٢- ورقة الأسئلة مقلوبة

١٣- قراءة ورقة الأسئلة .

الخوف من كراهية الناس (الرفض) :

١- التقدم لطلب عمل يحتاج لاجراء مقابلة شخصية .

٢- التواجد في تجمع أو حفل من أربعة أشخاص .

٣- الابتعاد عن النشاط الاجتماعي لمجموعة .

٤- مخاطبة مجموعة من الأشخاص .

٥- شخص آخر يحاول أن يتكلم له العيوب .

٦- الحكم من النذج (أو الزوجة) والاصدقاء .

٧- استهزاء من الاصدقاء .



٨- تعليقات من الزوجة (أو الزوج) تدل على التقليل من شأن الشخص (أي إستهزاء).

والذي يجب تكديده على أية حال أن وضع هذه التدريجات يتوقف على الشخص نفسه ، بمعنى أنه لايجوز تطبيق التدريجات السابقة ألبا على أي شخص حتى ولو كانت مخاوفه من نفس النوع . فعلى سبيل المثال قد يجي شخص للعلاج النفسي - وكلاهما يعبر عن قلقه واضطرابه عند الحديث أمام الناس .. الا أن سؤال كل منهما عن الشروط المحيطة بهذا القلق قد تبين أن أحدهما يتوقف ظهور قلقه في هذه المواقف على نوع الأشخاص الحاضرين (الرؤساء أو الآباء أو نماذج السلطة ) . أما الآخر فقد يتوقف قلقه على حجم المجموعة الحاضرة . وعلى هذا فان تدرج قلق الشخص الأول يجب أن يراعى تدرج نماذج السلطة :

١- الحديث أمام أشخاص غريباء

٢- الحديث أمام الجيران

٣- الحديث أمام زملاء

٤- الحديث أمام الآباء

٥- الحديث أمام المدرس (أو الرئيس)

٦- الحديث أمام هيئة التدريس بكاملها

أما في حالة الشخص الآخر فان التدرج يجب أن يشمل حجم الجماعة التي يتحدث أمامها الشخص :

١- الحديث مع شخص من نفس الجنس

٢- الحديث مع شخص من جنس آخر

٣- الحديث مع شخصين

٤- الحديث مع ثلاثة أشخاص أو أربعة

٥- الحديث أمام مجموعة من الناس

كذلك قد يتفاوت تدرج منبه معين من شخص إلى آخر فالحديث أمام الآباء على درجة أكبر من القلق بالمقارنة بالحديث أمام المدرسين عند البعض . بينما العكس عند البعض الآخر . وبالمثل قد تشكل العلاقة بالزوج أو الزوجة عند البعض بالمقارنة بالبعض الآخر مشكلة أشد من العلاقة بزملاء العمل أو الآباء (٩).

أخف إلى هذا أن ترتيب تدرج معين بالنسبة لشخص واحد قد يختلف من حالة إلى أخرى . فما كان في الشهر الماضي يحتمل وزناً أكبر قد يتضاؤل وزنه في الشهر الراهن .

لهذا من الأفضل أن تكتب مدرجات القلق لكل شخص على حده وبعد تسأول تفسير عن كل الشروط المحيطة . ومن الأفضل كتابة هذه التدريجات بالقلم الخاص حتى يسهل تعديلها أو التغيير في ترتيبها .

وأبداً : الآن وبعد أن أمكن تدرج الموقف (أو المواقف) المثيرة للقلق ، أن يكون المريض قد تدرب على الاسترخاء يصبح الطريق ممهداً للدخول في إجراءات العلاج . وتتحضر إجراءات هذه المرحلة في أن نطلب من المريض وهو

في حالة من الاسترخاء العميق والهدوء أن يتصور نفسه ، مستخدما قدرته على التخيل إلى أقصى حد ، وهو في الموقف الذي يثير أقل درجة من القلق في البداية. والمثال الآتي يوضح الاجراءات التي يستخدمها المعالجون عادة - لعلها تفيد القارئ - بعض البصيرة في التطبيقات العملية للعلاج النفسي . وهذا المثال من وصف لإجراءات هذا الأسلوب مع فتاة مصابة بعمى الخوف الشديد من الامتحانات بصورة أنت لوسريها مرات متكررة بالرغم من استعدادها الجيد وإرتفاع متوسط نكائها : " سأطلب الآن أن تتخيلي بعض المواقف والصور . حاولي أن تجعلي خيالاتك حية كأنها حقيقية . ركزي نفسك فيها . من الجائز بالطبع أن تتدخل في حالة الاسترخاء التي تتملك الآن . لكن إذا أحسست في أي لحظة بقلق مشدود فما عليك الا أن تشير بيديك اليسرى - جميل - .

" والآن تخيلي نفسك وأنت تقفين في شارع مألوف . اليوم جميل ومسطح ، ويمتد أمامك مشهد الشارع كله . العربات والموتوسيكلات ، والدراجات ، والناس وعلامات المرور والاصوات (انتظار ١٥ ثانية) . جميل ! والآن توقفي عن هذا التخيل وعودي ثانية لحالة الاسترخاء . إذا كنت قد شعرت بأي نوع من التوتر بسبب التخيل الذي قممت به الآن فارفعي أصبعك (لاترفع أصبعها) والآن تخيلي أنك تجلسين في منزلك تذاكرين في المساء . اليوم هو ٢٠ في الشهر وياق حوالي شهر للامتحان (انتظار ٥ ثوان) . والآن توقفي عن التخيل وعودي لاسترخائك . استرخاء أعمق (انتظار ١٠ ثوان) . مرة أخرى تخيلي نفسك من جديد في منزلك تذاكرين ولم يبق على الامتحان الا شهر (انتظار ٥ ثوان) . توقفي الآن عن هذا التخيل وعودي لاسترخائك . أرخي عضلاتك جميعها وبقي نفسك وحاولي أن تتذوقي الراحة التي تتملكك (١٥ ثانية) . والآن تخيلي من جديد نفسك تذاكرين

في الامتحان بشهر (انتظار ٥ ثوان) . توقفي الآن عن التخيل ولا تفكري في أي شيء آخر غير جسمك (٥ ثوان) . إذا كنت قد أحسست بأي قلق فاشيري بصبعك (ترفع المريضة الآن أصبعها) . إذا كان قلقك في المرة الثالثة أقل من المرة الثانية والأولى فاستمري كما أنت . أما إذا لم يكن هناك أي تغيير فاشيري بصبعك (لاترفع أصبعها) . جميل أنت ابق في إسترخاء (١٥ ثانية) . الآن تخيلي نفسك على كرسي في داخل أتوبيس ويجوارك شخصان يثرثران مع بعضهما (١٠ ثوان) . الآن توقفي عن هذا التخيل وعودي إلى ما أنت فيه من إسترخاء (١٠ ثوان) . الآن تخيلي نفسك من جديد وأنت تجلسين في شرفة المنزل وهي مسطحة في الشارع يسير شخصان يتجادلان في احتداد (١٠ ثوان) . والآن عن هذا . ساعد من واحد حتى خمسة وستفتحين عينيك وتشعرين بالراحة والهدوء " .

ويطلق " لوبي ولازاروس " على هذه الحالة بالعبارة اللاتينية :

ويترجم وكأنها استيقظت من النوم . وفي إجابتها على الاسئلة التي سألها بعد ذلك ، بينت أنها تشعر بتمتعي الهدوء ، وأن المشاهد المتخيلة كانت في منتهى الوضوح . كذلك قررت أنها شعرت بقليل من القلق عند تخيل مشهدى

في أفضل هذه الصورة بدلا من الصورة التي وضعها المؤلفان في المثال الأصلي وهي " تخيلي نفسك تجلس على كرسي في محطة أتوبيس . وأنتان من العمال يتكلمان ويتناقشان " . وعلى أية حال من الممكن أن تكون محتوى التخيل بحيث ينقل للشخص مشاعر هادئة تتناسب مع الإطار الحضاري . وفي كل الأحوال يمكن التخيل من النوع المحايد الذي لا يثير انفعالات قد تعوق الاسترخاء .

الذاكرة والمشادة ، وبالرغم من أن القلق تضام في حالة التكرار ، فإنه لم يصل في كل الاحوال لدرجة الصفر .

بعض المشكلات التي حيط باستخدام هذا الاجراء :

من المشكلات الرئيسية التي تواجه استخدام التطمين المتدرج هذا اعتماده الرئيسي على آثارة الصور الذهنية والخيال لدى المريض . وتوضح البحوث - لسوء الحظ - أن هناك فروقا فردية ضخمة في مقدار اليسر والسهولة التي يستطيع بها البشر أن يتحكموا في آثارة هذه الصور الذهنية . البعض يستطيع ذلك بسهولة كما في الحالة السابقة ، والبعض يعجز عن ذلك خاصة المرضى العقليين . وبالرغم من أن الطول التي تقدم لهذه المشكلة ضئيلة ، الا أنني وجدت أن التدريب المستمر في الجلسات الاولى على آثارة صور ذهنية محايدة ، وقصيرة تؤدي لبعض الفوائد . كذلك أجد أن سؤال المريض بأن يفتح عينيه وأن يوجهها لبعض المنبهات التي اكشفها له مثل القلم الرصاص ، والسيجارة - الخ ثم ان يحاول ان يغلغ عينيه وأن يتخيل نفس هذه الاشياء بعد اختفائها مع تكرار ذلك على منبهات أخرى وبصورة متلاحقة يؤدي أيضا إلى قدر مماثل من النجاح في تدريب المريض على التخيل .

وهناك طريقة أخرى تقوم على تشجيع المريض للانتباه لاحساساته الحالية . أو لحوادث مباشرة من الذاكرة . ويؤدي ذلك أن يطلب من المريض أن يعيش ذهنيا في الموقف المتخيل ، وأن يراه كما لو كان يحياه بالفعل . الان ليس كمجرد متفرج من الخارج .

ومع ذلك فإنه يبدو أن هذه المشكلة قد بولغ فيها . فبالرغم من صحة اثنين الفرق الفردية . بهذا الصدد الا أنني لم أجد حالة تعجز عن التخيل . في الحالات القليلة النادرة التي حدث فيها هذا ، كان ذلك بسبب عوامل أخرى كاستهانة المريض بالاسلوب ، وتششت انتباهه ، وعدم تركيزه واتجاهه نحو المعالج . كذلك أجد أن الطريقة التي يقدم بها المعالج هذا الاسلوب تلعب دورا أساسيا في اقتناع المريض به ، وبالتالي سهولة انمواجهه في التخيل .

مشكلة أخرى تثيرها هذه الطريقة فقد لاحظنا أن المعالج يطلب من المريض أن يتخيل الموقف تدريجيا . فهو لا يأخذه كما في حالة المرأة - الميدان ، الطبيب - الجزع إلى المواقع الحية التي تستثير القلق . والاعتماد على التخيل يثير لهذا السبب بعض التحفظات . فهل تؤدي آثارة المواقع بطريقة بطريق الصور الذهنية والخيال إلى نفس الفاعلية التي يمكن أن يؤدي إليها العلاج في المواقع الفعلية ؟ وهل من الأفضل أن نصطحب من يجزع أولا من الاماكن العالية إلى قمة برج ، أم من الأفضل أن نجعله يتخيل قمة برج ؟

اتجه عدد من الباحثين في الحقيقة إلى المقارنة بين الآثار العلاجية لاسلوب التدريج في عرض مواقف القلق بطريق الخيال ، والتدريج من خلال تصاحبه المريض للمواقف الفعلية من القلق . والحقيقة أن نتائج هذه البحوث متعارضة . فعلى سبيل المثال لم يوجد فرق جوهري بين مجموعتين من المرضى بالخوف من الثعابين عولجت احدهما باستخدام شرائح التصوير الملونة ، وعولجت الأخرى بالتعرض لثعابين حقيقية .

لكن هناك نتائج وملاحظات تشير إلى بعض الفروق في حساسية التعرض للمواقف الحية ، خاصة عندما يفشل الشخص في الانتقال من المواقف المتخيلة إلى المواقف الحية . ولكن العلاج في المواقف الحية لا يخلو من إثارة بعض المشكلات لأنه يتطلب من المعالج الخروج بعمله من المستشفى أو العيادة ، وبالتالي قد يفقد قدرته على ضبط كثير من المواقف والتهديدات العلاجية الأخرى . وماذا لو أن الجزع والخوف ألم بمرضه في تلك المواقف التي كان يتجنبها خشية منها طوال عمره ؟ هل نستطيع أن نتحكم في عملية الاسترخاء وبعث الطمأنينة ؟

### الخطمين المتدرج وحمود تطبيقه :

منذ أن أبتكر هذا الأسلوب وهو يستخدم بنجاح في علاج المخاوف كية . وحتى في هذه الحالات لابد من وجود شروط أخرى لكي يمكن استخدام هذا الأسلوب بنجاح منها :

١- أن لا تعود المخاوف المرضية على الشخص بناءً مكاسب أساسية ثانوية ، وعلى هذا فمن الصعب علاج طفل أو شاب أو بالغ من بعض المخاوف (كالظلام أو المرض ، أو الامتحان) طالما أن ذلك يؤدي إلى استجابات مرغوبة لديه من قبل والديه ( زيادة الحب ، العطف الشديد ، تلبية رغبات لم تكن ملباه من قبل .. الخ ) .

٢- أن تكون مخاوف الشخص محصورة في المواقف التي تثيرها . ليست بسبب عوامل اجتماعية أخرى . وقد رأينا أن من العبث علاج المريض بالمخاوف من الأماكن الضيقة بوضع تدريج الأماكن ، بالرغم من

لكن تعريضه لمواقف حية ومع كل هذه التحفظات يكون ضروريا أحيانا خاصة بين المرضى الذين يعانون بعض المشكلات في تخيل المواقف المثيرة للتهديد بوضوح كاف . كذلك في حالات المرضى الذين يعجزون عن التحديد النوعي والواضح للمشكلات والتهديدات المثيرة لمخاوفهم ما لم يتعرضوا مع المعالج لمواقف حية مختلفة تساعد كليهما على صياغة المشكلة للعلاج . وفي حالات الإكتئاب نجد من المعالجين من ينصح بالعلاج في المواقف الحية لأن تعويد المريض على مواجهة هذه المواقف يعتبر في حد ذاته ذا تأثير علاجي واضح يفض النظر عن علاج مشكلات القلق من خلال التدرج الحي .

ونضيف أن هناك ميزتين علاجيتين أخريين لأسلوب التدرج في مواقف حية . فمن ناحية نجد أن ممارسة المريض لأنواع من النشاط في الحياة اليومية ( التي كانت متعطله قبل ذلك ) قد تثير نوافعه وبالتالي تساعد على

أن مخاوفه ناتجة أساساً من قلق الانحصار في علاقات اجتماعية ضيقة وغير مرغوبة .

٢- أن يكون الشخص ممن يتناقص قلقهم أثناء الاسترخاء .

٤- أن يكونوا من المقتنعين بفائدة الأسلوب .

أما من حيث الأشكال الأخرى من الإضطرابات الإنفعالية فإن أسلوب التطمين التدريجي لا يؤدي إلى نتائج ايجابية الا اذا استخدم مع أساليب أخرى . وكمثال لنجاح أسلوب التطمين التدريجي في هذا الإطار استخدام في التقليل من الآثار الإنفعالية للذكريات القديمة غير السارة كما تظهر لدى حالات المكتئبين الذين قد يجدون فيها أحزاناً تضاف إلى أحزانهم . ويكون ذلك بأن نطلب من الشخص وهو في حالة من الاسترخاء العميق أن يتذكر بعض الحوادث الحزينة ، أو المخجلة في حياته ، والتي تكون لها آثار إنفعالية قائمة حتى الآن إلى تنهيد مشاعره نحوها (١٠) .

وهذا الاجراء الأخير فضلاً عن دوره في كلف الاستجابات الإنفعالية القديمة كالخوف ، والوجل ، والقلق من خلال الاسترخاء يساعد على اعطاء المريض منظوراً ايجابياً ، وأسلوباً شخصياً جديداً لاعادة ادراك تلك الاشياء القديمة ، بالتالي التخفيف من آثارها الإنفعالية المستمرة . فقد ينتهي تذكر ذلك بالمريض إلى أن يدرك أن هذه الحوادث كانت تافهة .. أو أنها غير مهمة .. أو " أنتى لأهم ولا أكتروث لذلك " لكن الوصول بالمريض لهذه

الاستجابات الصحية قد يتطلب وضع تدريج للذكريات المؤلمة وطلب تخيلها أثناء الاسترخاء مع الدحض العقلي والمنطقي أثناء آثارها \* .

ولعل ما نستنتجه من كل ذلك بشكل عام هو أن نحذر من الاستخدام الآلي لهذا الأسلوب أو أي أسلوب علاجي على الإطلاق فلكل حدوده ومجالات تطبيقه . والمعالج النفسي الناجح هو الذي يعرف نفسه بكثير من الأساليب ويكتسب من المرضى حتى يختار الأسلوب الملائم في الوقت الملائم ومع الشخص الملائم ونوع الإضطراب الملائم (١٠) .

\* يستخدم هذا الأسلوب كذلك لتقليل من الآثار الإنفعالية التي تصيب الأشخاص عند الانتقال من مجتمع إلى مجتمع آخر بسبب الهجرة أو العزلة أو البحث عن العمل .. وذلك بحث الشخص وهو في حالة استرخاء عميق على تخيل المواقف أو الأشخاص الموجودة في المجتمع الأصلي والتي تستثير الأحزان والإكتئاب إلى أن تصبح نظرتنا نحوها أكثر واقعية .. مع تجميع المواقف التي تستثير الإكتئاب والقلق في المجتمع الجديد وبحث الشخص على تخيلها من خلال الاسترخاء مع الدحض العقلي لتجاهنا السلبى نحوها .

التخلص من الإضطراب والقلق بالتدريج للتدريجى للأشياء أو الموضوعات التى تثيرهما كان ولا يزال من المهم أن تكون الرئيسية التى تتجه لها هيبة الإنسان العادى وحكمته. وطريقة التحسين التدريجى التى يلجأ لها للمعالج الحديث تقوم على نفس المبدأ، أى لا يجمع على مواجهة مواقف للقلق والخوف تدريجيا، إلى أن تتحدد بها عرنا الإنفعالية الحادة (العصابية) نحو تلك المواقف. وقد عرفنا العنقون السابقون هذا الأسلوب كما عرفه المعالجون المحدثون. ويعتبر مبدأ الكف المتبادل بمثابة الأساس العلمى الذى قدمه علم النفس الحديث لتفكير نجاح هذا الأسلوب. فإذا جئنا فى استشارة استجابة معارضة للقلق (كالتطمين التدريجى) فى حالة وجود الموضوعات المثيرة له، يمكن أن نؤدى ذلك إلى كف كامل للقلق بالتالى يختفى ويتناقص بعد ذلك. ويتطلب إجراء التطمين المقترح مراحل منها تحديد المواقف التى تثير المخاوف الشخصية للشخص، ثم تدريج كل موقف منها على حده فى قائمة تبدأ بأقل المثيرات أثارة للقلق فى الموقف مع الصعود إلى أشدها أثارة، ثم يصبح الموقف معدا لإجراء العلاج بعد ذلك بأن نطلب من الشخص وهو فى حالة القلق أن يتخيل نفسه فى الموقف الذى يثير أقل درجة من القلق فى البداية مع تهدئته إلى أن تتحدد مشاعره نحو الدرجات المنخفضة ثم يبدأ الانتقال للمواقف الأشد وهكذا حتى تنتهى القائمة. وهناك طريق آخر يقوم على اصطحاب المريض للمواقف الخوف الحية بدلا من تخيلها. ولكل طريقة عيوبها ومزاياها، ولو أن

الجمع بين الطريقتين ممكن ومرغوب. وبالرغم من أن هذا الأسلوب يقتصر على علاج المخاوف المرضية إلا أنه يصلح أيضا فى علاج بعض حالات الإكتئاب خاصة عندما يكون الإكتئاب استجابة شديدة لحادثة خارجية محددة كفقْدان قريب أو عمل، أو متعلقا بأحزان محددة فى الماضى. ونسبة نجاح هذا الأسلوب فى علاج المخاوف المرضية تصل إلى ما يقرب من ٨٩٪. غير أن نجاح استخدام هذا الأسلوب يتوقف على تدريب الشخص على الاسترخاء العميق عند عرضنا له فى الفصل الخامس.

## مراجع وتعليقات

١- للمزيد من تفاصيل حالة " ألبرت " أنظر :

Watson, & Rayner, R (1920) : Conditioned emotional reactions  
*Journal of Experimental psychology*, Vol. 3 pp. 1-14.

٢- يعود الفضل في علاج " بيتر " لجهود المعالجة السلوكية ماري  
كوفر جونز Cover Jones التي كانت تنتمي لتفكير " واطسون " ويلاحظ  
أن، المنهج الذي استخدمته كان أولى منهج يستخدم أسلوب التعرّيج في  
التعرض لموضوعات مبكرة بأساليب التظمين التدريجي الحديثة. أنظر :

A. Jones, Mary Cover (1924) : The elimination of children fears. *J. of  
Experimental Psychology*, Vol. 31, pp. 308-315.

B. Jones, M. C. (1925): A laboratory study of fear : The case of Peter.  
*Pedagogical Seminar*, Vol. 31, pp.308-315.

٢- للمزيد عن مبدأ الكف المتبادل وتطبيقاته في العلاج النفسي أنظر :

Wolpe, J. (1958) : *Psychotherapy by reciprocal inhibition*.  
Stanford University Press.

٤- للمزيد عن استخدام أسلوب التظمين التدريجي في علاج المخاوف  
المرضية التي توجد لدى المرضى العقليين أنظر :

Hagen R. (1975) : Behavioral therapies and the treatment of schizophren-  
ics. *Schizophrenia Bulletin*, No. 13. pp. 70 - 96 .

٥- هناك وصف كامل لحالة المرأة - الميدان في :

Lazarus, A. (1971) : *Behavior therapy and beyond*. New York  
Mc. Graw-Hill.

٦- تفاصيل حالة الطفلة "مارجريت" وردت في الترجمة العربية  
لكتاب :

أيزنك، الحليقة والهم في علم النفس، ترجمة قنبري حنفي  
ودفوف نظمي

القاهرة : دار المعارف، ١٩٦٩، ص ١٤٨، -١٤٩

٧- بالرغم من أن المعالجب السلوكيين كانوا لا يهتمون إلا بالشكاوى  
الظاهرة وذلك منذ عشرين أو خمسة وعشرين عاما . إلا أنهم  
بدأوا حاليا يتجهون إلى أن الشكاوى الظاهرة تغطي في بعض  
الاحيان اضطرابات انفعالية أساسية . وأن هذه الاضطرابات  
الانفعالية قد تكون أكثر خطرا من الشكاوى الظاهرة ..  
للمزيد عن ذلك أنظر :

## مراجع عامة عن أسلوب التطمين التدريج

فضلاً عما ورد في النقاط السابقة من مراجع وكتابات .. فإننا نقترح على القارئ الذي يبقى التعمق في هذا الموضوع الرجوع لعدد من الكتب والمقالات التي تضاف له بالتفصيل الاجراءات التي يجب إستخدامها أثناء التطمين التدريجى . ونعتقد في فائدة هذه المراجع خاصة لمن يمارسون أو سيمارسون العلاج النفسى من الأطباء والاختصاصيين:

- a. Lazarus, A. (1971) : *Behavior therapy and beyond*, New York : McGraw. Hill .
- b. Lazarus, A. (1972) : *Clinical behavior therapy*. New York : Brunner Mazel.
- c. Masserman, J. H. (1975) : *Behavior and neurosis*. Chicago: University Chicago Press.
- d. Meyer, V. & Chesser, E. (1971) : *Behavior therapy in Clinical psychiatry*. London : Penguin Books.
- e. Paul, G.L. (1969) : Outcome of Systematic desensitization 1 : Background, Procedures and Uncontrolled Reports of Individual treatment. In Cyril Franks (ed.) *Behavior therapy : Appraisal and status*. New York : Mc-Graw-Hill, pp. 63 - 104.

Lazarus, A (1971) : *Behavior therapy and beyond*. New York Mc Graw-Hill.

٨- ورد هذا الحوار في المرجع السابق . وقد تمت الترجمة مع بعض التصرف

٩- للمزيد عن تدريجات عدد كبير من الإضطرابات الإنفعالية يمكن للقارئ النظر إلى :

Wolpe, J. & Lazarus, A, (1966) *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neurosis* Oxford : Pergamon Press.

١٠- يأخذ كثير من المحللين النفسيين على منهج التطمين التدريجى التركيز على الأعراض الظاهرة فقط دون الإضطرابات الكامنة . ومن رأيهم أن الخوف يعكس اضطراباً أعمق في الشخصية - فإذا ما عالجتنا الخوف المرضى من مكان أو شخص أو شيء معين دون أن نعالج الإضطراب الإنفعالى فإن المريض قد ينتكس أو يستبدل أعراضاً مرضية ، بأعراض مرضية أخرى .

لكن هذا لم يحدث في حياة المرضى الذين عولجوا .. أي أنه لم يحدث أنهم استبدلوا أعراضاً بأعراض أخرى - مما يدل على خطأ الفرض التحليلى النفسى في هذه النقطة . للمزيد عن هذه النقطة أنظر :

Eysenck, J. J. (1978) : *You and neurosis*. Glasgow : William Collins, p. 100 - 111.

ومن رأى ايزنك أن علاج الأعراض الظاهرة يؤدي إلى شفاء كامل ودائم .



## الفصل الخامس أسلوب الاسترخاء

يستخدم الاسترخاء في الطب والعلاج النفسي وعلم النفس الاكاديمي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة. ففي سنة ١٩٢٩ أبدى طبيب نفسي اسمه جيكبسون Jacobson اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلي بطريقة منظمة وفي كتاب مشهور له بعنوان

"الاسترخاء التصاعدي rogressive Relaxation" (٢،٢،١)

قرر أن استخدام هذه الطرق يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق. ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء في تخفيض القلق وتطوير الصحة النفسية. وفي الولايات المتحدة نجد أن كثيرا من المعالجين النفسيين يستخدمون هذه الأساليب ويطورون أساليب أخرى للتدريب على الاسترخاء. وعلى سبيل المثال يقيم الطبيب النفسي جوزيف ولبى Joseph wolpe نظرية كاملة في العلاج النفسي تقوم على إرخاء العضلات إرخاء عميقا (٥٤).

ويعتبر أسلوبه بحق من أشهر أساليب الاسترخاء على الإطلاق ، بالرغم من أنه يذكر أن منهجه في الاسترخاء العضلي يقوم على نفس الاسس التي وضعها جيكبسون ، إلا أنه يستخدمه كجزء من منهجه العام في التخفيف من الأمراض العصبية بطريقة التطمين التدرجي التي سبق الحديث عنها . ولكي نبين كيف يمكن إجراء الاسترخاء العضلي علينا أن نبين الآن السر في فاعليته ونجاحه في التخفيف من الإضطرابات الإنفعالية والقلق .

تبين بحوث علماء النفس الفزيولوجي منذ القرن التاسع عشر أن جميع الناس تقريباً تستجيب للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في الانشطة العضلية. ويتركز بعض هذه التغيرات في الجبهة. وفي سنة ١٩٥٨ تبين أيضاً أن أثارة الإنفعالات تؤدي أيضاً إلى توترات في الرقبة ، ومفاصل المرافق ، والركبتين والعضلات الباسط (\*) . كذلك تتوتر حتى عضلات الاعضاء الداخلية كالعدة ، والقفص الصدري ، وعندما يتعرض الشخص لمنبهات انفعالية شديدة تزداد الحركات اللاإرادية في اليدين والذراع .

ومن الثابت أيضاً أن الزيادة الشديدة في التوتر العضلي تتوقف أساساً على شدة الاضطرابات الانفعالية ، خاصة عندما يواجه الفرد بمشكلات تتعلق بتوافقه . ومن المؤسف أن التوتر العضلي الشديد لايساعد بل يضعف قدرة الكائن على التوافق ، والنشاط البناء ، والانتاج ، والكفاءة العقلية . فالاشخاص في حالات الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناءً .

لهذا نجد أن الاسترخاء يعرف - بالمعنى العلمي - بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر . والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم ، لأنه ليس من النادر أن نجد شخصاً ما يرقد على أريكته أو سريريه لساعات معبودة لكنه لا يكتف مع ذلك عن إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي مثل عدم

\* على سبيل المثال تبين أن كثيراً من الجنود في الحرب يفتقون السيطرة على ضبط التبول والتبرز .

الاستقرار الحركي والتقلب المستمر والنهن المشحون بالافكار والصراعات . وإذا كان الاضطراب الانفعالي يؤدي إلى أثارة التوتر العضلي فإن من الثابت أيضاً أن أثارة التوتر العضلي تجعل الشخص مستوفزاً للانفعال السريع في الاتجاه الملائم لهذه التوترات . فترسم علامات الغضب على الوجه يجعل الشخص سريع الاستجابة للمواقف الإجتماعية بالغضب مثلاً . فليس على ذلك أي انفعال آخر سلبي ، (كالخوف ، والضيق) أو ايجابي (كالحب ، والسرور ، والتقبل ...) والعكس أيضاً صحيح ، بمعنى أن ارخاء التوترات العضلية ، وإيقاف انقباضاتها يؤدي إلى التقليل من الإنفعالات المصاحبة لهذه التوترات . وسنرى بعد قليل كيف يمكن القيام بهذا الاسترخاء .

#### توتر العضلي والأمراض النفسية :

في الظروف العادية ، تشيع حالات التوتر الخفيفة ، والمؤقتة ، استجابة للمشكلات العقلية والإجتماعية التي تحتاج لدرجة معينة من التركيز والاهتمام وتعبئة الطاقة . غير أن التوتر في تلك الحالات يعتبر ضرورياً لبقاء على الفرد في حالة من اليقظة ، ولا ينتهي بمضاعفات مرضية مبالغ فيها .

لكن هناك من ناحية أخرى بعض الافراد ممن يعيشون طول الوقت تقريباً في حالة من التوتر الشديد ، ويصطب هذا باستثارة في الجهاز العصبي ، من مظاهرها جمود عضلات بعض الاعضاء ، وارتفاع الضغط ، زيادة نبضات القلب ، واضطراب انتظام التنفس .

وثبت عدد من الباحثين أن استمرار ارتفاع مستوى التوتر العضلي يظهر بين الأشخاص العصبيين الذين يعانون من حالات الصرع المستمر والقلق.

ويمثل التراث السيكولوجي ببحوث عدة تؤكد أن الاستثارة العضوية والعضلية العنيفة تشيع بشكل أكثر في حالات الأمراض النفسية والعقلية. ففي مقارنة بين مجموعة من الأفراد العاديين والمرضى النفسيين تبين أن هذه المجموعة الأخيرة تعاني من الإضطراب والتوتر العضلي تحت كل الشروط. وفي حالات الإضطراب الوجداني تبين في مجموعة من الأفراد وجود زيادة مبالغ فيها في بعض الاستجابات التي تنتمي لأطار التوتر العضلي مثل ضعف قدرة الجلد على المقاومة ، وارتفاع النبض ، وضغط الدم ، واضطراب التنفس.

وفي مقارنة أخرى بين فئات من الفصاميين ، والمصابين بالجنون الدوي (أي الانتقال في فترات منتظمة من الإكتئاب إلى الهوس والتهيج) ، والعصابيين والاسوياء تبين أن الفصاميين من بين كل هؤلاء يكشفون عن أعلى درجات التوتر العضلي.

وقد يوحى هذا بأن أساليب الاسترخاء يمكن أن تؤدي إلى بعض النجاح في علاج الإضطرابات الفصامية.

وفي حالات الإكتئاب النفسي تبين الدراسات القليلة بعض النتائج الطريفة. فبالرغم مما يتصف به هؤلاء المرضى من مظاهر التخلف في النشاط الحسي والحركي (البطء في الحركة ، والكلام ، والاستجابة) الذي

يد يوحى بأنهم على درجة أقل من التوتر والاستثارة العضلية ، فإن مقارنتهم بمجموعة من الأفراد العاديين على مقاييس التوتر في الجبهة ، الفكين ، والفراغين والقدمين بيئت أنهم أكثر توترا من الاسوياء. وتبين بحوث مماثلة أن هذا التوتر يختفى أو يتضاؤل بعد العلاج النفسي.

أما في حالات القلق والصراعات النفسية ، فإن هناك ما يشبه الاتفاق على أن أعراض القلق تختلط بالتوتر العضلي. فعدم الاستقرار ، الشد ، والاستثارة الزائدة ، والحركة المستمرة كقضم الاظافر ، واللوازم الحركية ، وفرك اليدين - الخ ، ما هي الا مظاهر قليلة من الإضطرابات العضوية والشائعة في حالات القلق. وليس من النادر أن يشكو الشخص حالة القلق من التوتر في جسمه ، والصداع ، وآلام الظهر ، وخفقان القلب ، ربما الام في القدم والساقين ، والفراغين - الخ.

لهذا يمكن القول أن التوتر لازمة من لوازم القلق وليس مجرد نتيجة له. فخلا عن هذا فإن هناك ما يثبت أن الاسترخاء العضلي واستخدام تقاير الملمنة التي تهدئ من توترات العضلات - ويؤدي إلى انخفاض الهوس في حالات القلق.

ومن المعتقد أن الاستجابات الحركية ، واللوازم القهرية التي تشيع بين مرضى العصابيين كالوسوسة ، وطققة الاصابع ، وقضم الاظافر ، والحركات القهرية في الفم ، والعين ، والابتسامات غير الملائمة ، ما هي أشكال حركية هدفها التخفف من القلق عندما يثور.

هل هناك توترات عضلية نوعية بحسب اتجاه الإضطراب الانفعالي ؟

بينما نجد أن غالبية البحوث النفسية تميل إلى أن تحدث عن اضطرابات عقلية عامة في الجسم كله مصاحبة للاستثارة الانفعالية ، هناك بعض الدراسات الشيقة التي تحاول أن تتابع الاستثارة الانفعالية على أنواع معينة من التوتر العضلي . ويمكن أن نطلق على هذا النوع من بحوث التوتر اسم (نوعية التوترات) فهناك بعض الأفراد ممن تتركز استجاباتهم للقلق والإنفعال في شكل توترات عضلية خاصة ونوعية وليس في الجسم كله .

وعلى سبيل الأمثلة ، هناك ما يدل على أن الصداع ، وآلام الظهر (كاشكال من التوتر العضلي) تشيع لدى الأشخاص الذين يتميزون بالكسل ، والعجز عن الفعل والنشاط .

كذلك نجد من النتائج ما يشير إلى أن المرضى الذين يعانون من توتر عضلات الرقبة ، أو الرأس ، أو الفراع غالبا ما تكون هذه الاعضاء ذات قدر مرتفع من النشاط والفعل قبل ظهور التوترات فيها .

وفي دراسة على ٤٠٠ مريض تبين أن الصداع النفسى ( أى الصداع الراجع للتوتر النفسى ) يحدث بشكل خاص في حالات القلق .

أما المواقف التي تستثير الاحساس بالصراع ، أو الذنب فأنها غالبا ما تؤدي إلى آلام في الظهر .

وفي دراسة على مجموعة من المرضى من نوعى الاستعداد للاستجابة للصداع ، وآلام الرأس ، تبين أن مناقشة المواقف الصدمية معهم في الجلسات العلاجية قد أدى إلى توترات عضلية في الجبهة .

وهناك أيضا ما يشير إلى أن التوترات العضلية في الجسم تحدث في حالة الإضطرابات الانفعالية الدائمة فقط ، بل وعند إثارة أنواع من الصراع أيضا . فمثلا تبين أن إثارة العدوان تؤدي إلى زيادة في توتر عضلات الجبهة ، بينما تؤدي إثارة الرغبة الجنسية والصراع الجنسي إلى آلام توترات في الساق .

وبغض النظر عن التأثير النوعى للمنبهات الانفعالية تبين بشكل عام أن تطوير استجابات توترية في عضل معين أمر تلعب فيه الفروق الفردية دورا كبيرا أيضا . فالفرد الذي اعتاد أن يواجه اضطراباته الانفعالية الراجعة للقلق بحالة من الصداع سيظهر الصداع لديه في كل اضطرابات الانفعالية الأخرى ( العداوة ، الجنس ، الصداع - الخ ) وبغض النظر عن طبيعة المصدر . أما لماذا يستجيب بعض الأفراد للاستثارة انفعالية بتوترات عضلية عامة ( في الجسم كله ) ، بينما يستجيب البعض الآخر بالصداع ، أو بآلام الظهر ، أو بنائى نمط عضوى آخر ، فإن الإجابة تزال غير محسومة بعد . ولكن من المرجح أن يرجع جزء من هذا إلى عوامل عضوية تتعلق بالتركيب العضوى نفسه ( من حيث القوة أو الضعف ) ، وإلى عوامل اجتماعية ، فبعض الجماعات تدعم الاستجابة بتوتر في عضو معين ، بينما لا تدعم ( أو تستهجن ) الاستجابة بأعضاء

أخرى ، وربما يكون أيضا بسبب عوامل شخصية ، ، وأنماط خاصة من التكيف الفردي .. فالشخص المستثار انفعاليا وهو يمارس الكتابة أو القراءة قد تتوفر لديه عضلات العينين ، أو القراعين ، أو الظهر - أو كلها جميعا .

والخلاصة من هذا أن بحوث "نوعية التوترات" قد تضيف نتائج عميقة لفاعلية العلاج النفسي . وعلى سبيل المثال فلن نقبه الشخص الذي يجعله على تربية بأنواع التوتر العضلي المستثار . وسيساهم ذلك في أن تعد خطة الاسترخاء بطريقة خاصة وربما مختصرة .

### التدريب على الاسترخاء :

يستغرق تدريب المرضى على الاسترخاء العضلي المنظم في العيادات النفسية عادة ست جلسات علاجية ، في كل منها يجب أن تخصص عشرين دقيقة على الأقل لتدريبات الاسترخاء . وفي نفس الوقت يطلب من المريض أن يمارس التدريبات على الاسترخاء لمدة خمس عشرة دقيقة يوميا بنفسه بحسب الارشادات العلاجية .

ويجب قبل البداية في التدريب على الاسترخاء أن نعطي الشخص تصورا عاما لطبيعة اضطرابه النفسي ( أي القلق ) ، وأن نبين له أن الاسترخاء العضلي ماهر الطريقة من طرق التخفيف من التوترات النفسية والقلق . لهذا نجد أن مجرد الاسترخاء العادي بالرقاد على أريكة ( أو سرير ) يؤدي إلى آثار مهدئة ملحوظة . والسبب في هذا أن هناك علاقة واضحة بين

في استرخاء العضلات و حدوث تغيرات انفعالية ملطفة ( أو مضادة ) .

ولا يوجد ترتيب محدد للأعضاء التي يجب البداية باسترخائها لكن من الضروري بالطبع أن يبدأ التدريب على الاسترخاء ببعض الأعضاء الجسم حتى يتمكن الشخص بالتدريج وينجح من ضبط قدرته على استرخاء عضلات الجسم كله .

ويفضل المعالجون السلوكيون عادة ، البداية بالتدريب على استرخاء عضلات الذراعين لسهولة ذلك من ناحية ، ولتعلم المريض بشكل واضح معنى الاسترخاء العضلي وتنتج من ناحية أخرى ، ثم يتم الانتقال بعد ذلك منطقة الرأس لأن كثيرا من العوامل المهتدة للتوتر تتركز في القشرة على السيطرة على عضلات الوجه ، منطقة الرأس بشكل عام - وهكذا . وعلى الرغم من نجد أن أعداد المرضى وتهيئته لممارسة التدريب على الاسترخاء العضلي تتكون من النقاط الآتية :

١ - يبين المعالج للمريض أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لا تختلف عن أي مهارة يكون قد تعلمها في حياته قبل ذلك كقيادة سيارة ، أو تعلم سباحة ، أو لعبة رياضية جديدة وبعبارة أخرى يبين له أنه - أي المريض - مثله مثل كثير من الناس تعلم أن يكون مشلوا ومتوترا ، وأنه بنفس المنطق يمكنه أن يتعلم أن يكون مريحا وأن يعلمه كيف قادرا على الاسترخاء والهدوء وأن يور المعالج ما أن يعلمه كيف يصل إلى ذلك .

٢ - يبين المعالج أيضا بانه نتيجة لهذا قد يشعر المريض ببعض المشاعر الغريبة كالتميل في أصابع اليد ، أو احساس اقرب للسقوط ، وانه يجب أن لا يخشى ذلك لأن هذا شيء عادي ودليل على أن عضلات الجسم بدأت تتراخى . وهذه النقطة مهمة بشكل خاص لأن كثيرا من المرضى - خاصة الهستيريين - قد يستجيبون للاسترخاء بخوف مبالغ فيه أو يشعرون بأن شيئا غريبا يسيطر على أجسامهم . بينما من المفروض أن يكون ذلك دليل على أن الاسترخاء قد بدأ يحدث في عضلات الجسم .

٣ - ينصح المعالج الشخص بأن تكون أفكاره كلها مركزة في اللحظة ، أى في عملية الاسترخاء وذلك للمساعدة على تعميق الاحساس به . ولكن يساعد المعالج على تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح في هذه المرحلة قد يطلب من المريض أن يتخيل بعض اللحظات في حياته التي كان يعيش فيها بمشاعر هائلة وفياضة ( يحسن أن يكون هذا التخيل بشكل نوعي أى أن يكون المعالج قد عرف من المريض قبل ذلك بعض المواقف التي كانت تهدئ مشاعره ، كالضوء الخافت ، أو التلخين ، أو الاسترخاء في الظهيرة بعد وجبة شهية ... الخ )

٤ - من المخاوف التي تتقارب بعض المرضى شعورهم بأنهم سيفقدون القدرة على ضبط الذات \*

\* خاصة في المواقف التي يتم فيها التنويم على الاسترخاء بحضور المعالج ، ولا ينطبق هذا بالطبع على المواقف التي يمارس فيها الشخص الاسترخاء بمفرده .

في مثل هذه الحالات من الأفضل أن يتدخل المعالج ما بين الحين والآخر بتعليق أو بتكثير حتى يبعث الطمأنينة في نفس المريض . وهذا الاجراء ضروري بشكل خاص عندما يكون المعالج من جنس غير جنس المريض أو عندما يكون المريض ( اذا كان من نفس الجنس ) من النوع الذي تتقارب مخاوفه من الجنسية المثلية . وتبين لنا خبرتنا الخاصة أن النور الامثل الذي يجب على المعالج أن يمارسه في مثل هذه اللحظات هو نور المرشد أو المعلم الذي لا يهدف للسيطرة على الجسم بمقدار ما يهدف إلى تعليم مريضه خبرة جديدة .

كقاعدة يجب التوضيحية بالمحافظة على كل عضلات الجسم في حالة تراخي تام أثناء الاسترخاء خاصة تغميض العينين لمنع المشتتات البصرية التي قد تعوق الاسترخاء التام . لكن في كثير من الحالات خاصة في الجلسات الأولى من العلاج قد يكون من الضروري بين الحين والآخر السماح للمريض بأن يفتح عينيه . وهذا ضروري بشكل خاص في حالات الاشخاص الذين تملكهم الريبة أو الشك ، أو عندما يكون المريض من الجنس الآخر الذي قد يتصور في هذا الموقف نوعا من الاغراء أو التهديد الجنسي .

ومن العوامل الهامة التي قد تعوق الاسترخاء الناجح تجول العقل في تخيلات بعيدة وبالرغم من أنه لاخطر في ذلك ، فمن الأفضل الرجوع بهذه الأفكار إلى الموقف بقلر الاستطاعة .

٧ - وأخيرا فإن على المعالج أن يكون قادرا على فهم مريضه ، وحساسا لكل شكوكه ومخاوفه ، وقادرا على كسب ثقته وتعاونته في نجاح الاسترخاء. وفي كل الأحوال إذا ظهر لأي سبب من الأسباب أن المريض غير مقبل أو متحمس للإجراء ، فإن حساسية المعالج تجعله قادراً على الانتقال إلى محاولة أشكال علاجية أخرى ملائمة .

#### نموذج للتدريب على الاسترخاء :

من الضروري أن نبين أن استرخاء أي عضو معناه اختفاء كامل لأي تقلصات أو انقباضات في هذا العضو. ويمكن أن نستدل على نجاح استرخاء عضو معين (كعضلات الذراع مثلا) بتحريكه في الاتجاهات المختلفة أو الضغط عليه ، ويكون الاسترخاء ناجحا إذا لم نجد أي مقاومة من هذا العضو. بتعبير آخر تكون أعصاب هذا العضو متوقفة تماما عن أي نشاط. ويتوقف جزء كبير من نجاح العلاج السلوكي في قدرة الشخص على ذلك ، وبالتالي يتمكن بعد ذلك من الاسترخاء الناجع الإرادي لكل عضلات الجسم عضوا فعضوا . لهذا نجد أن هناك اهتماما كبيرا - في الوقت الحالي - بابتكار تدريبات من شأنها أن تساعد على الاسترخاء العضوي الكامل تدريجيا . وقد اخترنا للقارئ نموذجا لذلك في نهاية هذا الفصل تتوافق فيه مزايا عدد من الطرق . وبالطبع يمكن تطبيق ذلك التمرين ذاتيا في المواقف المختلفة التي قد تعرض الشخص للقلق والتوتر ( انظر التذييل في نهاية الفصل) ولتيسير استخدام تدريبات الاسترخاء يمكن

من أن يقوم بتسجيل أحدها بصوت عميق وهادئ ، وأن يصيد التسجيل كل مرة يحاول فيها الاسترخاء ، منفذا التعليمات المتضمنة . وتبني هذه العلاج النفسي في الولايات المتحدة تسجيلات لتدريبات من هذا النوع ، يمكنها أن تقوم مقام المعالج النفسي بعد انتهاء جلسات العلاج .

#### تطبيقات العامة للاسترخاء :

تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج وللشخص استخدامها استثمارا في أغراض عدة :

من أول الأهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء هو إمكانية استخدامه مع أسلوب التطمين التدريجي ، أو التعويد التدريجي على المواقف المثيرة للقلق . صحيح أن من الممكن استخدام أسلوب الاسترخاء وحده ، إلا أن الفالية تستخدمه جنبا إلى جنب مع أسلوب التطمين التدريجي ( الذي سبقت الإشارة إليه ) .

2 - وينفس المنطق يمكن أن يستخدم الاسترخاء كأسلوب من أساليب العلاج الذاتي والضبط الذاتي في حالات القلق الفعلي . ولهذا ليس من النادر أن نجد أن كثيرا من المعالجين يوصون بمحاولة الاسترخاء لدقائق معدودة يوميا وقبل الدخول في مواقف (حياتية) مثيرة للقلق كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات التي تجرى عند الترشيح لعمل ما- الخ .

٣ - في حالات كثيرة يطلب المعالج من مريضه أن يقوم بتمثيل دور شخص آخر (الأب ، الرئيس ... الخ) بهدف اكتساب القدرة على فهم تلك الشخصيات ، والتكيف معها - ونظرا لأن هذه الشخصيات قد تكون مصدرا لقلق الشخص ، بحيث قد يعجز عن القيام بتمثيلها - فإن تذكره بأنه قد تعلم خبرة جديدة وأن عليه أن يمارسها الآن (الاسترخاء) سيؤدي إلى نجاح أسلوب تمثيل الأدوار وبالتالي تحييد المشاعر والقلق نحو النماذج المهددة أو الداعية للقلق كالآباء أو نماذج السلطة بشكل عام.

٤ - ويستخدم أسلوب الاسترخاء في كثير من الأحيان للتغلب على الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحيانا من الأسباب الرئيسية في إثارة الإضطرابات الانفعالية وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية. ومن المعروف أن استخدام الاسترخاء في علاج حالات القلق والخوف ، وتوهم الأمراض ، من شأنه وحده أن يمنح الشخص بصيرة عقلية واقعية بطبيعة قلقه. فالقلق الذي كان يعتقد المريض أنه لأسباب فسيولوجية عضوية فيه. وبالتالي يشكل سلوكه وفق هذا الاعتقاد، يصبح الآن شيئا يمكننا ضبطه والتحكم فيه ذاتيا. وعلى سبيل المثال أمكن أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع حالة من فصام البارانونيا\* بطريقة أدت إلى تغيير

\* فصام البارانونيا : حالة من حالات الإضطراب العقلي التي تشمل فيها الشخص معتقدات وأفكار خاطئة قد تكون مصدرا للخطر على الشخص نفسه أو على البيئة . كسيطرة مشاعر وأفكار اضطهادية ، أو عظمة بطريقة تقصد من أدراك الواقع وتشويهه ( انظر الفصل الأول)

معتقدات الزعر الخاطئة عن وجود تغيرات واحساسات في جسده لا يستطيع فهمها ، إلى معتقدات معقولة عن طبيعة تلك التغيرات .

كذلك يمكن استخدام وحدة في علاج كثير من الاشكال المرضية. ولكن ، على سبيل المثال ، أن يستخدم أسلوب الاسترخاء في علاج حالات الضعف الجنسي . ففي حالة ماشاب كان يشكو من القلق والاكتئاب ، شكى أيضا أنه عند الاتصال الجنسي بزوجه كان يعاني من القذف السريع عند الاتصال الجنسي بعد نصف دقيقة أو دقيقتين على الأكثر من الإيلاج. وقد أدى هذا إلى إثارة كثير من التوترات لديه ولدى زوجته. ويتوجب من المعالج أمكن للمريض أن يتعلم الاسترخاء العضلي في الدقائق الخمسة عشر السابقة على الاتصال الجنسي خاصة فيما يتعلق بالاسترخاء الأجزاء السفلى من الجسم والساقين. وقد استطاع المريض بعد أسابيع قليلة أن يتغلب على مشكلة القذف السريع وبالتالي كل جوانب القلق التي كانت تحيط بها. كذلك هناك بعض التقارير التي تبين نجاح استخدام هذا الأسلوب في حالات الصداع النصفي والارق.

وتبين دراسات أخرى أن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغيير في فهم المرضى عن نواتهم ( مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء رقيقة بالنفس ، ربما بسبب القوة التي يمنحها الاسترخاء لهم وما يعطيه من قدرة على ضبط الذات ، والتحكم في التغيرات الجسمية.



تتفاوت اجراءات الاسترخاء العضلى من حيث الطول - فبعض التدريبات قد تستغرق نصف ساعة خاصة فى البداية ، والبعض الاخر قد يستغرق عشر أو خمس دقائق بحسب خبرة الشخص ونجاحه فى ممارسة التدريبات . والتدريب الذى ستأتى الاشارة له فى تنبيل هذا الفصل يستغرق نصف ساعة - وهو تدريب من شأنه أن يطلع الشخص ويمكنه من كثير من الفوائد التى يجنيها من الاسترخاء وسواء بدأ الراغب فى ممارسة التدريب ممارسته للاسترخاء بتوجيه من المعالج ويحضره أو بتوجيه ذاتى فان الخطوات التالية ذات فائدة جمة :

١ - استلق فى وضع مريح عند بداية التدريب - وتأكد من هدوء المكان وظلوه من المشتتات .

٢ - المكان الذى سترقد عليه يجب أن يكون مريحاً - ولا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم .

٣ - ليس بالضرورة أن تكون راقداً أو نائماً بل يمكن البدء فى التدريبات وأنت جالس فى وضع مريح - (وربما وأنت واقف فى بعض الحالات) .

٤ - أبداً بتدريب عضواً واحداً فى البداية على الاسترخاء ويفضل أن يكون الذراع كما فى الخطوات الآتية .

٥ - اغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة -

- لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تتقبض وتتوتر وتشتد .

- افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة ، وارخها وضعها فى مكان مريح على مسند الاربعة . لاحظ أن العضلات أخذت تسترخى وتثقل .

- كرر هذا التمرين عدداً من المرات حتى تترك الفرق بين التوتر والشد العضلى فى الحالة الاولى - والاسترخاء الذى ينجم بعد ذلك عندما تفرد راحة يدك اليسرى ، والى ان تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلى . وأنه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى .

- كرر هذا التمرين ( الشد والارخاء ) مع بقية العضلات الأخرى بحسب ما هو موضح فى التنبيل .

- بعد اكتساب القدرة على التحكم فى التوتر العضلى والاسترخاء فى جميع أعضاء الجسم عضواً فعضواً بالطريقة السابقة - سيمكك فى المرات التالية استغراق وقت أقل فى ذلك .

١ - اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام سيمكك فى مواقف تالية من التحكم فى الاسترخاء العضلى فى مناطق معينة من الجسم فقط . فعندما تحتاج بعض المواقف إلى الإبقاء على بعض العضلات الأخرى غير المستخدمة لهذا الغرض فى حالة استرخاء كقيادة سيارة مثلاً تحتاج لعينيك وبنمك ويدك فى حالة من التأهب - لكن بالطبع يمكنك الإبقاء (حتى وأنت تقود سيارتك) على بعض العضلات الأخرى فى

حالة استرخاء مثل عضلات الكتفين والظهر ، والبطن والساقين - لاحظ أنه يمكنك أن تكون مسترخيا وأنت في قمة النشاط.

- من المهم أن تستخدم قوة الإيحاء والتركيز الفكري لمساعدتك على الوصول إلى إحساس عميق بالاسترخاء العضلي في لحظات قصيرة. لهذا من المفيد أن تكرب التفكير على التركيز في عمليات الشد والاسترخاء العضلي بالطريقة السابقة - إذا وجدت أن تفكيرك يهيم في موضوعات أخرى أرجعه أرابيا إلى الإحساس بالجسم.

- لا تياس إذا مجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء - فإن التكرار من شأنه ان يمكنك من ضبط الجسم بابقائه في حالة استرخاء. ان عاجلا أو آجلا.

## تدبير

### تدريب على الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة

فيما يلي نموذج للتدريب العضلي أخفناه من مصادر متعددة لأنه جمع مزايا كثير من الطرق من ناحية ، ولأن خبرتنا تدل على فاعليته من جهة أخرى \* :

1- استلق الان على أريكة مريحة أو كرسي أو سرير وفي وضع مريح جسمك كله بقدر استطاعتك ، أغمض عينيك ، وأصغ إلى . سآئببك الان بعض الاحساسات أو التوترات في جسمك وسأبين لك بعدها أنه استطاعتك أن تقلل منها وان تتحكم فيها - جميل !! أن جسمك الان لا يزال في وضعه المريح ولا تزال عيناك مغمضتين في استرخاء لطيف ( لحظة صمت ) . وجه انتباهك إلى نواك اليسرى أولا .. كل انتباهك الان وتركيزك في نواك اليسرى النراع اليسرى بشكل خاص ، أغلق راحة يدك اليسرى أغلقها بإحكام وبقوة ( لحظة صمت ) لاحظ أن عضلات يدك الان عضلات مقدمة النراع اليسرى تتقبض وتتوتر ، وتشد انتبه لهذا توتر والشد . لاحظله . والان دع هذا . افتح يدك اليسرى وارخها ضعها على مكان مريح على مسند الأريكة أو وسادة ولاحظ

لشسونا إلى انه يمكن القيام بتسجيل تلك بصوت هادئ وعميق ، بالرغم من أن الوجوع الخبير في العلاج النفسي من هذا النوع أكثر فائدة .

الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء (عشر ثواني صمت). والان مرة أخرى كرر ذلك : غلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة ولاحظ التوتر والشد من جديد . لاحظته ثم من جديد دع هذا كله . افتح يدك اليسرى ودعها في وضعها المريح ولاحظ ما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن من استرخاء. ( ١٠ ثواني صمت ) .

لنتجه الآن ليديك اليمنى . أغلق بإحكام راحة اليد اليمنى ولاحظ التوتر في اليد اليمنى والذراع ( ٥ ثواني صمت ) . والان استرخ ، استمر في وضعك المريح وارخ يدك اليمنى . لاحظ الفرق فيما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن في وضعها المريح . استمتع بهذا الانتقال وحاول أن تتنوقه ( ١٠ ثوان ) . كرر هذا من جديد أغلق راحة يدك اليمنى بإحكام وقوة . لاحظ ما هي عليه من شد وتوتر . أرخها ودعها في وضع مريح فاردا أصابعك باسترخاء . لاحظ أيضا أن هناك تميلًا ولينا قد بدأ ينتشر في نواحيك اليمنى واليسرى . كلا نواحيك الآن قد بدأ يسترخيان ... ويسترخيان .

والان دعنا نتجه إلى راحة اليد . اثني راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد . ادرس هذا التوتر ، ولاحظه . والان استرخ وعد بمعصميك إلى وضعهما المريح ، ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (عشر ثوان) . كرر هذا مرة أخرى . اثني معصمك إلى الخلف وأشعر بالشد في مقدمة الذراع وخلف راحة اليد . ثم استرخ وارخ معصميك .. عد بهما إلى وضعهما المريح .. دع نفسك على سجيتهما . وأشعر بالاسترخاء أكثر وأكثر

والان أطبق بإحكام كفيك ، واشتد في المقدمة في اتجاه الذراعين ، إلى أن تشعر بتوتر عضلات أعلى الذراعين في ذلك الجزء . لمعتد من الرفع حتى ربع . حاول أن تدرس التوتر وأن تحسه . والان استرخ . اسقط ذراعيك . عليك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من الاسترخاء النسبي الذي تحسه الآن (عشر ثوان صمت ) كرر هذا مرة أخرى . القبض كفك بإحكام واشتد في اتجاه الكتفين محاولاً أن تسهما بقبضتك توقف واسقط ذراعيك واسترخ . أشعر بالتناقض بين التوتر والاسترخاء . دع تلك العضلات على سجيتهما أكثر فلكثر (عشر ثوان) لان دعنا نتحول إلى منطقة أخرى أي الكتفين . أرفع كتفك كما لو كنت تدلس أنفك بكتفك . لاحظ التوتر الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات الجبهة ادرس هذا التوتر ولاحظه . توقف استرخ عائداً بكتفك إلى وضع مريح . دع عضلاتك على سجيتهما أكثر فأكثر . لاحظ من جديد الفرق المتعارض بين التوتر والاسترخاء كرر ذلك مرة أخرى . أرفع كلا الكتفين كذلك تريد أن تلمس بهما الأذنين . لاحظ التوتر في الكتفين والرقبة . ادرس هذا التوتر في تلك العضلات . والان استرخ أرخ عضلات كتفك ، وعد بهما إلى وضع مريح . ادرس التعارض بين التوتر والاسترخاء من جديد (عشر ثوان ) .

تستطيع أيضا أن تتعلم كيف ترخي مختلف عضلات وجهك الآن عليك أن تغمض أو تجعد جبهتك وحاجبيك إلى أن تشعر بلين عضلات الجبهة قد اشدت وأن جلدك قد (تكرمش) . والان استرخ ، وعد بعضلات الجبهة إلى وضعهما المسترخى . أرخها أكثر فأكثر (عشر ثوان) . كرر هذا من جديد .

غضن جبهتك. ولاحظ التوتر في منطقة الجبهة ، وأعلى العينين . والآن أرخ  
الجبهة ، واسترخ بعضلاتها . ولاحظ من جديد التعارض بين التوتر  
والاسترخاء في الجبهة (عشر ثوان).

والآن أغلق عينيك بإحكام . أغلقهما بإحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر  
قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تحكم حركات العينين  
(خمس ثوان). والآن أرخ تلك العضلات ولاحظ التعارض بين التوتر  
السابق والاسترخاء (عشر ثوان) . كرر هذا من جديد . أغلق عينيك بإحكام  
وقوة . والتوتر يشملهما . استمر (٥ ثوان) . والآن استرخ -- ودع عضلات  
عينيك على سجيتهما في وضعها المريح المفضى (١٠ ثوان).

والآن أطبق فكك وأسنانك بإحكام كما لو كنت تعض على شيء.  
لاحظ التوتر في الفكين . (٥ ثوان) . والآن دع فكك واسترخ ودع شفثيك  
متفرجتين قليلا ، لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين  
(١٠ ثوان). مرة أخرى أطبق الفكين . لاحظ ما فيها من توتر (٥ ثوان).  
والآن دع ذلك واثرك نفسك على سجيتهما ، مسترخيا أكثر فلنكرر (١٠ ثوان)  
والآن اتجه إلى شفثيك ، ضمهما ، واضغط بكل منهما على الآخر  
بإحكام . جميل . اضغط كل منهما على الآخر بكل ثقلك ، ولاحظ التوتر  
الذي بدأ ينتشر حول الفم والآن استرخ وارخ عضلات شفثيك ودع ذقنك في  
وضع مريح . مرة أخرى اضغط شفثيك وادرس التوتر المحيط بالفم . استمر  
(٥ ثوان). لاحظ كيف أن مختلف تلك العضلات قد بدأت تتراخى بعد هذا  
الشد والاسترخاء المتوالي . الآن كل يديك ، وجهك ، وفراعيك ، وكتفيك ،  
ومختلف عضلاتك جميعها مسترخية في وضع هادئ.

والآن اتجه إلى راسك . اضغط برأسك إلى الخلف على السطح الذي  
يستند عليها . اضغطها إلى أن تشعر بتوتر في خلف الرقبة والجزء الأعلى  
من الظهر بالذات باستمرار . أدرس ذلك والآن دع ذلك ، وعد برأسك إلى  
وضع مريح ، وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الذي  
عليه الآن . استمر الآن فيما أنت فيه ، أكثر فأكتر ، وأعمق فأعمق بقدر  
تستطيع . كرر هذا من جديد : شد برأسك إلى الخلف . ولاحظ التوتر  
المنتشر . استمر في ذلك لحظة (٥ ثوان) والآن دع تلك وانتقل إلى  
ترخاء عميق -- عميق (١٠ ثوان).

والآن مد رأسك إلى الامام ، كما لو كنت ستلمع بنفذك في صندوق.  
لاحظ التوتر الذي يحدث الآن في الرقبة . والآن استرخ . دع كل هذا  
استرخ على سجيته (١٠ ثوان) : كرر ذلك . امغن ذقنك في صندوق .  
كرر في ذلك قليلا (٥ ثوان). والآن استرخ أكثر فأكتر (١٠ ثوان).

والآن إلى عضلات الجزء الأعلى من الظهر . قوس ظهرك . قوسه كما  
كان عندك سيانصق بالبطن . لاحظ التوتر في الظهر ، خاصة في الجزء  
أعلى . والآن استرخ ، وعد بجسمك إلى وضعه الطبيعي ماردا ظهرك في  
وضع مريح سواء أكنت على كرسي أم أريكة . ولاحظ الفرق بين التوتر  
سابق في الظهر والاسترخاء الحالي . (١٠ ثوان) مرة أخرى قوس الظهر .  
لاحظ التوتر المنتشر . استمر قليلا (٥ ثوان) والآن عد بعضلات ظهرك إلى  
وضعها المسترخى ، نارك كل شيء على سجيته (١٠ ثوان).

سجيتها وتخلص من كل الشد الذي حدث في الفخذين (١٠ ثوان).

والآن إلى بطن الساق. حاول ان تشد عضلاتها بان تثني قدميك إلى  
في اتجاه الوجه إنتبه إنك عندما تثني قدميك في اتجاه الوجه ستشعر  
والتوتر، والانتقباضات في بطن الساق وفي القصبة على السواء.  
استرخ بالقدمين وأعدهما إلى وضعهما السابق، ولاحظ من جديد  
بين الشد والاسترخاء (١٠ ثوان). والآن هذه المرة : اثن قدميك للخلف  
جاء رسغ القدم ، محاولا ان تجعل اصابع القدمين ممتدة في اتجاه  
ولاحظ الشد في قصبة الساقين وبطنهما استمر قليلا. والآن عد إلى  
مسترخيا بكل عضلاتك إلى وضعهما السابق. ساعد نفسك على  
خاء اعمق واعمق من قبل (١٠ ثوان) .

والآن ان كل المناطق الرئيسية في جسمك مسترخية تقريبا وانت  
الفرق بين التوتر والاسترخاء . ونلاحظ انك ان تشد عضلات اعضاءك  
وترها وينفس القدر تستطيع أن تسترخي بجسمك كله. انك تسترخي ،  
م تكن بعض أعضائك مسترخية فحاول ان ترخيها. راجع معي من  
إلى إلى اطي كل عضلات اعضاءك اذا لم تكن مسترخية فارخها حالا .  
ثلاث القدم وبطن الساق والرسغ جميعها مسترخية (٥ ثوان) ارخ  
عضلات الفخذين ، والركبة وبطن الساق ، القصبة (٥ ثوان) . العجز  
التي (٥ ثوان) البطن واسفل والوسط (٥ ثوان) اعلى الظهر ، والصدر ،  
الفخذين (٥ ثوان) راحة اليد والاصابع والبراغي (٥ ثوان) الرقبة والوزر  
التي (٥ ثوان) . جبهتك مسترخية (٥ ثوان) . كل عضلاتك مسترخية ومستلقية

والآن خذ نفسا عميقا . شهيقا عميقا ، لاحظ الان أن التوتر قد  
ينتشر في الصدر وفي اسفل البطن . والآن استرخ وكن على السجبة  
وتنفس الهواء . واستمر في تنفسك العادي . ولاحظ من جديد التعارض بين  
ما عليه الان صدرك وبطنك من استرخاء وما كانا عليه من توتر (١٠ ثوان).  
أعد ذلك من جديد . خذ شهيقا عميقا ، واكتمه ، ولاحظ التوتر ، والعضلات  
التي تشد . والآن أزل وتنفس بطريقة عادية ومريحة ، تاركا عضلات الصدر  
والبطن في استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست (١٠ ثوان) .

والآن اقبض عضلات البطن . شدتها إلى الداخل . حافظ على هذا  
الوضع قليلا . والآن استرخ ، ودع تلك العضلات تتراخي . استرخ ودع  
نفسك على سجيتها (١٠ ثوان) . أعد هذا من جديد شد عضلات بطنك  
بإحكام إلى ان تشعر بتوترها . لاحظ هذا التوتر وانفسه (٥ ثوان) . والآن  
استرخ ودع كل شيء يتراخي في عمق أكثر فأكثر . توقف عن أي شد  
وتخلص من أي توتر في أي عضل ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء  
العالي (١٠ ثوان) .

والآن افرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع . افردهما حتى تلاصق  
التوتر المستثار في منطقة الفخذ (٥ ثوان) . والآن استرخ ودع ساقيك  
يسترخيان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه  
الآن من وضع مريح ، واسترخاء محسوس (١٠ ثوان) . أعد هذا من جديد  
الصق ركبتيك ، وأبعد رجليك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتوتر شديد في  
الفخذين (٥ ثوان) . والآن استرخ . ارخ عضلات جسمك ودع كل الاعضاء

جميع الناس تقريبا تستجيب للاضطرابات الانفعالية كالقلق بتغيرات في توترات عضلات الجسم. ومن شأن هذا التوتر أن يضعف من الكائن على المقاومة أو الاستمرار الكفء في نشاطه الجسمي والعقلي عمله أكثر استهدافا لمزيد من الإنفعال والاضطراب والخوف. وتشيع حالات التوتر العضلي بين المرضى النفسيين والعقليين في شيوعتها بين الأسوياء والناجين اجتماعيا والقادرين على ممارسة الحياة بكفاءة. ويضطرب كل اضطراب انفعالي بتوتر نوعي في عضلات الجسم. فالقلق يضطرب بتوتر في عضلات الرأس (أ)، والاحساس بالثقل بتوتر في عضلات الظهر (كالام الظهر) - تستجيب المرضى النفسيون والعقليون بتوترات عضلية عامة قد تشمل كله. ويقدم هذا الفصل بعض الأساليب للمساعدة في السيطرة على العضلية وتحقيق الاسترخاء العضلي. ويوضح انه بإمكان الإنسان تعلم وسائل من شأنها أن تساعد على تحقيق هذا الاسترخاء. ويؤدي الشخص في تعلم الاسترخاء العضلي إلى تغييرات شاملة في النفسية وإلى مزيد من الكفاءة والنضج في مواجهة مشكلات الحياة كلها الاجتماعية والنفسية والجنسية. وعرضنا لتلازمات التي يمكن القيام بها لتحقيق أكبر قدر ممكن من الاسترخاء العضلي العميق وأحد أهم المهمة لذلك.

في وضع مريح والآن استمر في الوضع المريح وساعد من واحد إلى عشرة. وفي كل مرة حاولت استرخاء عمقا عمقا. جميل أنك قد أخذت قسطا وافيا من الاسترخاء الآن وساعد تنازليا من خمسة إلى واحد وعندما اصل إلى واحد ستفتح عينيك ، وتجلس ، وتستيقظ في نشاط هادئ ١،٢،٣،٤،٥ عيناك مفتوحتان، وانت الآن في كل لحظة وفي كامل نشاطك نون قيود.

- 10 - Ornstein, R. & Sobel, D. (1990). *Healthy Pleasures*. Mass. : Addison - Wesley Publishing Company, Inc.
- 11 - Charlesworth, E. & Nathan, R. G. (1991) . *Stress management*. New York : Ballentine Books
- 12 - Lomont, J. F. & Edwards, J. E. (1967) : The role of relaxation systematic desensitization, *Behavior Research and Therapy* 5, 11 : 25.
- 13 - Rachman, S. (1967) : Systematic desensitization. *Psychological Bulletin*, 67, 93-103.
- 14 - Tasto, D. L. (1974) : Muscle relaxation treatment for primary worry, *Behavior Therapy*, 1, 668-672.
- 15 - Weiss, R. M. (1974) : *The relative efficacy of deep muscle relaxation in the modification of headaches*. Paper presented at the 82nd Annual Convention of the American Psychological Association, New Orleans.
- 16 - Wolp, J., Salter, A. & Reyna, A. (1964) : (eds.) *Conditioned reflexes and behavior therapies*. New York : Holt, Rinehart & Winston
- Recordings (Audio Cassettes)* : Charlesworth, E. (1981) *Stress management training Program*. Houston : Stress Management Research.

## مراجع وتعليقات

- 1 - Jacobson, E. (1929) : *Progressive relaxation*: U. of Chicago Press.
- 2 - Jacobson, E (1939) : *Variation of Blood Pressure with Skeletal Muscle and relaxation*. *Annual Internal Medicine*. 12, 1194
- 3 - Jackson, E. (1964) : *Anxiety and tension control*. Philadelphia : Lippincott.
- 4 - Wolpe, J. & Lazarus, A. (1966) : *Behavior therapy techniques*. London: Pergamon.
- 5 - Beech, H. R. (1972): *Changing Man's behavior*. London : Pelican Books.
- 6 - Clark, D. F. (1963) : The Treatment of Phobia by systematic desensitization, *Behavioral Research and Therapy*,
- 7 - Davison, G. (1966) : The influence of systematic desensitization, and graded exposure to imaginal stimuli in the modification of phobic behavior, *J. of Abnormal Psychology*.
- 8 - Eysenck, H. (1966) : *Behavior Therapy and the neurosis*. London : Pergamon Press.
- 9 - Eysenck, H. J. & Rachman, S. (1965) : *The causes and cures of neurosis*. London : Routledge & Kegan Paul.

## الفصل السادس

### أسلوب تأكيد الذات والحرية والاعتالية والتعريب على اكتساب المهارات والاجتماعية

اشتكى شباب في الثامنة والثلاثين من العمر من شعور حاد بالاكنتاب والإنقباض ، ووصف نفسه بأنه لا يصلح لتولى مسؤوليات عمله . وبالرغم من تفوقه الشديد في المحاسبة والاقتصاد ، لأنه لم يتلق أي ترقيات تنكر في عمله . وقد أوضح أنه يشعر بالاحباط وانخفاض في روحه المعنوية . وقد لقي ترقية تافهة في مؤسسة ضخمة في الوقت الذي نهب فيه طالبا العلاج . لقد كانت تلك الترقية صدمة بالنسبة لرجل بهذه المؤهلات الممتازة ، ذلك ما دفعه مباشرة لطلب العلاج السلوكي كحلجا أخير لمعاناته .

وقد اتضح منذ بداية الجلسة العلاجية الاولى ان هذا الشاب يفتقر افتقارا شديدا لتأكيد الذات والثقة بالنفس . ولهذا اعطاه المعالج كتابا مشهورا في هذا الموضوع ، ونصح به بان يقرأ بعض فصول الكتاب ، وأن يعد نقدا لها في الجلسة التالية . وقد عاد المريض للجلسة التالية بعد ان نفذ ما طلبه منه المعالج وأوضح بأنه يشعر بان لا أمل له بالمرة في المستقبل .

---

\* كتاب سالتز عن العلاج من خلال الفعل المنعكس الشرطي ويوضح هنا بان المعالج النفسي يقوم بدور تربيوي توجيهي لمرضاه وليس مجرد دور سلبي يقوم على وصف العقائير والتشجيع على الشروثة (١) .



حاول المعالج أن يمدد بكل التشجيع والثقة ، لكن حذر في نفس الوقت من التداعي والانهيال السريع.

وفي الجلسة التالية بين شابنا أن ترقيته في العمل هي السبب الرئيسي وراء كل المتاعب التي يتعرض لها ، وأن الترقية الملائمة ستجعله قادرا علي اكتساب الثقة بالنفس وتأكيد الذات. «انني اشعر بلئني ما لم احصل على حقى في العمل ، فإن أي محاولة منك أو مني للعلاج لن تنتهي الا بضياح وقتينا معا .

اوضح المعالج بأن افتقاره لتأكيد ذاته في العمل هو السبب وليس النتيجة لكل المتاعب والفشل الذي يواجهه في العمل، وأن تقدمه المهني يتلو قدرته علي تأكيد ذاته ولا يسبقها. لقد كان واضحا ان المريض يحاول أن يستخدم موقف العمل كمحك وحيد مسؤول عن تقدمه وتحسنه بشكل عام .

وقد بين التحليل الدقيق ان ظروف الترقية والتقدم في المؤسسة التي يعمل فيها الشاب محدودة للغاية. وكان من الواضح أن الحل الامثل هو أن يترك المكان الذي يعمل فيه حاليا إلى مكان اخر به ظروف أفضل للترقية. لكن المريض رفض ذلك مبديا بأنه يشعر بالتهديد وعدم الامان عندما يعمل في بيئة غير مألوفة اليه. وقد كشفت الاستفسارات التالية بأن الشاب يخشى فكرة المقابلة الشخصية التي تعقد مع المشرفين على العمل قبل تعيينه. وهنا جعل المعالج هذه النقطة بؤرة اهتمام للتدريب علي تأكيد الذات مستخدما اساليب لعب الانوار بالشكل الآتي :

طلب المعالج منه ان يتصور أن المعالج نفسه هو مدير عمل في  
... وأن المريض الآن في موقف مقابلة مع المدير لترشيح لهذا العمل.  
في هذا طلب من المريض أن يتوك حجرة العلاج وأن يتجه إلى الباب  
الآن بالدخول لعقد المقابلة.

انضمنا آنن المعالج للمريض بالدخول ، فتح المريض الباب واقترب من  
البترود وبحذر. وعند قطع المعالج هذا الاجراء لكي يعكس للمريض  
حالة الضخومية التي دخل بها ، والتعبيرات المستبينة. ونظرات العيينين  
... وغير ذلك من مظاهر التوتر. لهذا طلب منه ان يجلس على المكتب  
... أن يمثل دور المدير وأن يمثل المعالج دور المتقدم للعمل طالبا منه  
في الوقت أن يتقده بعد انتهاء الدور. وعند قيام المعالج بهذا الدور  
... يرسم شكل دخوله للمكتب بطريقة الإنسان المتأكد والواثق ، طالبا  
... أن يلاحظ كل جوانب السلوك التي تصدر عنه سواء من حيث  
الهيضم او طريقة السير، أو نظرات العيينين ومتى يجب ان تلتقي بعين  
ومتى يجب ان لا تلتقي.

وقد تكرر هذا الاجراء عددا كبيرا من المرات حتى استطاع ان يقترب  
... القابع خلف مكتب (المعالج) ، وقد خلت تعبيراته وعلامته من كل  
... المسكنة والقلق، كذلك دريه المعالج على اساليب مختلفة من المقابلات  
... من المميزين : المدير الذي يقف من مكتبه لكي يلتقي به عند باب  
... والمدير الذي يتركه باهمال وهو يقرأ بعض الوثائق الهامة، والمدير  
... يحاول قاصدا ان يخفف من توتره .. وهكذا .

في بقاءه لا زالت هناك بعض الجوانب في سلوكه تحتاج لتدريب آخر على

العمل بالنفس\* .

ومع ذلك فقد تلقى المعالج مكالمات هاتفية بعد عامين من نفس المريض  
خبره فيها بأنه قد أصبح مستشارا اقتصاديا في إحدى الشركات (١).

\* \* \*

يجب أن نفهم من المثال أن الوضع المثل في المجتمع تمكنها عناصر ذاتية كالثقة بالنفس  
لنقل في أننا نقل من شأن الظروف المحيطة والاجتماعية في مثل هذه الأمور. لكن عدم الثقة  
بالنفس والعجز عن تأكيد الذات كانتا من المشكلات الرئيسية في حالة هذا المريض . وفي كثير من  
الحالات يجد المعالج النفسي أن من واجبه أن يمن مريضه على التفسير من نفسه حتى وإن كان  
يعترف بقسوة الظروف الاجتماعية نظريا.

- هذه الحالة مأخوذة عن ولي ولازاروس (المراجع رقم ٢) .

ويعد تطبيق هذا الأسلوب بدا المعالج يركز على محتوى المقابلة  
الطلب من المريض أن يجيب على أسئلة تتعلق بمؤهلاته وخبراته، وتاريخ  
ياته مسجلا هذه الاجابات على جهاز تسجيل. وقد طلب منه بعد ذلك أن  
يع نفسه في موقع مدير العمل ، وأن يقرر ما اذا كان سيقبل التقدم لهذا  
عمل بناء على هذه المقابلة المسجلة أم لا. لقد كان وانحسا من التسجيل أن  
مرة المريض على التفسير من تعبيراته وملامحه وطريقة دخوله للمكتب لم  
يعمل بعد طريقة كلامه المترددة عن امكانياته وخبراته. لقد كان ببساطة  
مثل من قدرة نفسه، فبدلا من أن يؤكد على خبراته الممتازة كان يفهم  
كلمات غير مفهومة وغير مؤثرة، وفيها من المعلومات اكثر مما فيها من  
ركيز على الاشياء التي يتقنها لهذا قام المعالج بعرض نفس هذه  
المعلومات بطريقة لفظية ناجحة، وطلب من المريض أن يعيد ذلك. ونتيجة  
هذا أمكن للمريض ان يقدم اجابات ملائمة للأسئلة الخاصة التي كان يسأله  
ياها المعالج، في مواقف تلقائية.

استمرت هذه الاجراءات العلاجية مع المريض فترة قطع بعدها اتصاله  
بالمعالج لمدة شهرين . طلب بعدها جلسة أخرى . وقد دهش المعالج عندما  
دخل المريض حجرة العلاج هذه المرة وهو يقول للمعالج «أنتك تتظر الان  
رئيس وحدة المحاسبين في شركة (كذا) » . وأخذ يصف بعد ذلك كيف أنه  
تقدم لاكثر من اعلان، وعقد أكثر من مقابلة شخصية ، وكيف أنه نجح أخيرا  
في الحصول على عمل بأجر أعلى مما عليه الاعلان.

لقد قرر المريض بأنه قد شفى الان من مشكلته ، ولأن المعالج كان

تمثل الأساليب العلاجية التي استخدمت مع الحالة السابقة نمطا رئيسيا من أنماط العلاج السلوكي الحديث ، وهو ما يسمى بالعلاج عن طريق تأكيد الذات .

يشير مفهوم «تأكيد الذات» إلى معنى أكثر اتساعا مما نلاحظه في حالة الشاب السابق ، فهو لا يشير إلى أن يؤكد الشخص نفسه ، أو أن يدرب نفسه على الاستجابة السلبية ، والسيطرة وإعطاء الأوامر والتحكم في الآخرين فقط ، بل وأن يكون قادرا على التعبير عن عواطفه الإيجابية بشكل عام ، كالتعبير عن الصداقة والود ، والاعجاب ، والشكر وغير ذلك . ولعل المنطق الذي يكمن وراء هذا المعنى واضح للقارئ . ذلك لأن المريض النفسي الذي يعاني من العجز عن تأكيد ذاته (وما أكثر شيوع ذلك بين العصبيين ) يعجز حقيقة عن التعبير عن ذاته سواء في المواقف التي تحتاج منه لإظهار العدوان والفضب ، أو المواقف التي تحتاج لإظهار التأييد ، والود ، أي في مواقف التعبير السلبي والإيجابي على السواء ، مما يحوله إلى شخصية تافهة وباهتة . ومن المؤسف مع هذا أن نجد أن كثيرا من الكتاب ، والمعالجين النفسيين يفهمون طريقة « تأكيد الذات » من وجهة واحدة ، أي من حيث هي مظهر من مظاهر النقص في التعبير عن العدوان والفضب ، أو الضيق والرفض إلى غير ذلك . بالرغم من أن « لازاروس » أستاذ العلاج السلوكي بجامعة راتجرز وهو من أشهر المعالجين استخداما لهذا الأسلوب لا يفتل عن الطبيعة الثنائية في مفهوم تأكيد الذات ، فإن الكاتب يلاحظ أن كثيرا من أساليب هذا المعالج تنجح للأسف نحو تدريب

مرضاة على العدوان \* والفضب والرفض . (ولو أن هذا يشيع بين غيره من المعالجين ) .

إن أسلوب تأكيد الذات أعم من هذا ويعنى بشكل عام حرية التعبير الفعالي وحرية الفعل على السواء ، سواء كان ذلك في الاتجاه الإيجابي في اتجاه التعبير عن الأفعال والتعبيرات الإنفعالية الإيجابية الدالة الاستحسان والتقبل ، وحب الاستطلاع ، والاهتمام ، والحب والود ، المشاركة ، والصداقة والاعجاب ) . أو في الاتجاه السلبي ( أي في التعبير عن الأفعال والتعبير الدال على الرفض وعدم التقبل ، الحزن ، واللام ، والحزن ، والشك والخوف والاسى ) . لهذا فإننا نتفق مع من يرى أن مفهوم الحرية الإنفعالية يبدو قادرا أكثر من مفهوم تأكيد الذات على استيعاب هذه العناصر المتعددة من التعبير . بالرغم من هذا ، قد نستخدم مفهوم تأكيد الذات في هذا الفصل ، لتحقيق التماسق مع آليات النفسية عن هذا الموضوع ، لكن يجب أن يكون واضحا في ذهننا في نفس الوقت أننا نشير إلى المعنى الإيجابي والسلبي الذي قد نستخدمه أكثر مفهوم الحرية الإنفعالية .

والعلاج النفسي السلوكي بطريقة تأكيد الذات لا يجب أن يقتصر إذن تدريب الناس على التعبير عن احتياجاتهم ، وحقوقهم ، وعدوانهم

الطلب على العدوان في العلاج النفسي يختلف عن العدواة والكراهية ؟ العدوان هو طبيعة تكيفية . الكراهية والعدوان فهي سمات شخصية لا تنضم للتوافق .

(ولو أن هذا ضروري في كثير من حالات الفصام الخفيفة ، وعدم الثقة بالنفس ، والانسحاب ، والشعور بعدم كفاءة الشخصية ) . لكن التوازن في التعبير عن تأكيد الذات يجب أن يتضمن أكثر من هذا ، أي أن يتضمن تدريب الشخص على الجانب الآخر أي التعبير الإيجابي . وعلى سبيل المثال فقد لاحظت في تعاملتي مع المرضى العقلين (وبعض المرضى النفسيين أيضا) ، أنهم يستطيعون أثناء جلسات العلاج الجمعي التي كنت أديرها ، التعبير عن المعارضة ، والرفض ، والمعاندة ، كذلك يميلون للنقد اللاذع ، والسخرية ، ويعتقون بشكل عام اتجاهها عدوانيا نحو الناس والمعالج على السواء . لكنني كنت ألاحظ عجزهم الشديد وتخلفهم النفسي العميق عندما كان يتطلب الأمر منهم خلال هذه الجلسات التعبير عن المودة أو الإعجاب بفكرة معينة ، أو مدح سلوك طيب ، أو تأييد رأي جيد . في مثل تلك الحالات من الضروري التدريب على حرية التعبير الإيجابي باستخدام عبارات مثل «أنتى معجب بالكلمة التي قلتها في ذلك الاجتماع» ، أو «لقد قمت بعمل ممتاز حقيقة» أو «أنتى فخور بصدقتى لك» ، «وأحب طريقتك في الحديث ... الخ» .

ومع ذلك فإن كثيرا من الأشخاص يجدون صعوبة في التعبير الإيجابي مهما حاولنا أن ندرّبهم على ذلك ، وقد يصبح بعضهم دفاعيا ومتكهما . وقد يبرر عجزه بأن أفعاله تدل على الحب ، وأنه لا يحتاج إلى التعبير عن ذلك . لكن الخبرة تبين لنا أن التطابق بين الفعل والكلمة أمر ضروري للصحة النفسية . فقد تستمتع بالاصطفاء والجلوس والحديث معهم وزيارتهم في منازلهم ، لكن تعبيرك عن ذلك صراحة في كلماتك لهم قد يكون

من أكثر العوامل اشباعا لك ولهم ، باطلاق حرية التعبير الإنفعالي بجانبه الإيجابي والسلبي .

وقد يتصور البعض أن التعبير الإيجابي عن الإنفعال قد يعنى النفاق والذداع والتلاعب بمن هم حولنا . لكن الفرق بين التصورين فرق كبير حقيقة على حالات النفاق والتلاعب ، وخذاع الناس باعطائهم صورة مضللة غالبا ليكون الهدف تحقيق منفعة شخصية ، قد يكون تحقيقها على حساب صحة النفسية للشخص ، لكن تكوين عادات الحرية الإنفعالية يعنى القدرة على إعطاء عائد صادق وأمين ، أي أن يكشف الشخص عن مشاعره الحقيقية وأن يفعل ذلك في صراحة وانفتاح . ونتائجها بهذا المعنى غالبا ما تكون بانخفاض في مستوى القلق ، ومقدرة على تكوين علاقات وثيقة معانية ، واحترام للذات ، ومقدرة على التكيف الإجتماعي الفعال .

أسس العلمي والتطور التاريخي لمفهوم تأكيد الذات :

لكي نعلم بالأساس النظرى العلمي للتدريب على تأكيد الذات علينا أن نرى قليلا لنظرية «بافلوف» في التعلم .

لقد برهن بافلوف على أن إفراز اللعاب لدى كلاب معمّله والذي يحدث عند تعرض هذا الحيوان لمنبه معين من شأنه إرضاء هذا السلوك (الطعام) ، يمكن أن يحدث بنقص القدرة نتيجة لمنبه آخر (صوت جرس) . وإذا ما ظهر هذا المنبه الآخر مصاحباً للمنبه الأصلي (وهو الطعام

والذى يطلق عليه بافلوف اسم المنبه الاصلى). وفي النهاية نجد أن المنبه الشرطى (صوت الجرس أو الضوء من شأنه وحده أن يثير نفس الاستجابة (افراز اللعاب). يطلق بافلوف على عملية التعلم هذه مفهوم التعلم الشرطى.

وبالرغم من العبقرية والكفاءة التى صاغ بها بافلوف نظرياته عن التعلم الشرطى إلا أن كثيرين اخفوا عليه بعد ذلك هذا التصور الاكى الميكانيكى للسلوك، ومع ذلك فإن التجربة السابقة قد تساهم فى إعطاء صورة مضللة لانجازات «بافلوف» ذلك لان هناك جوانب أخرى من هذه النظرية تجعل منها ذات دور هام فى التطور بالسلوك الإنسانى بمفاهيم أكثر اتساعا وانفتاحا.

منها ما اكتشفه " بافلوف " من أن هناك خصائص موروثة من شأنها أن تساعد الناس والحيوانات على سرعة تكوين عادات التعلم الشرطى ، وأن هناك خصائص أخرى تعوق ذلك. وبناء على هذا التصور نجده يميز بين خاصيتين رئيسيتين للجهاز العصبى هما :

١ - الاستثارة Excitation وهى عملية تتعلق باستثارة المخ ، ومن شأنها توليد نشاطه ، وتيسير تكوين استجابات شرطية جديدة .

٢ - عملية معارضة للاستثارة ومن شأنها التقليل من النشاط والتعلم الجديدين ويطلق عليها عملية "الكف" Inhibition (٢).

ومن المتفق عليه أن المخ (مركز هذه العمليات) يجب أن يبقى فى حالة من التوازن والتعادل بين الكفو والاستثارة حتى تتحقق الشروط الفسيولوجية المتعلقة بالصحة النفسية. فالاستمرار فى الاستثارة يهدد

الإنسان وينتهى بمضاعفات خطيرة فى المخ. أما الوقوف على حالة فانها أيضا تؤدي إلى اضطرابات سيكولوجية كالخمول النفسى ، انخفاض الطاقة ، ومشاعر عدم الكفاءة .

ومنذ أن صاغ « بافلوف » هذا التصور قام عدد من علماء العلاج نفسى السلوكى بتوظيف هذه المبادئ للخدمة النفسية والعلاج. ولعل من الاسماء التى يذكرها تاريخ العلاج النفسى « سالترة » الذى كان أستاذا فى جامعة نيويورك حتى وفاته سنة ١٩٤٩ ، لقد استطاع « سالترة » أن يدمج نظرية بافلوف بنجاح فى منهج من مناهج العلاج النفسى أثر على مناهج الحديثة فى العلاج السلوكى.

نجد من الكف والقيود الانفعالية :

ويطلق سالترة على منهجه فى العلاج أسم «العلاج بطريق الفعل نفس الشرطى» متطلقا تماما من مفاهيم نظرية « بافلوف » يقول « :

« فكما ان كلب «بافلوف» تعلم أن يفرز اللعاب عندما يذق الجرس ، فالطفل الإنسانى يتعلم أنواعا من السلوك بطريقة شرطية من بيئته ، غير ارادته. فإذا ما كانت جميع أفعال الطفل تقابل من الام بتأمر «لا - لا تفعل هذا» ، فإن الطفل سيكف انفعالاته ويتسحب إلى نفسه لها عندما كان المجرب فى تجارب «بافلوف» يعاقب الكلب بسبب افراز «بالتعبير» بافلوف» فإن افراز اللعاب عندما يذق الجرس مؤذنا بظهور «المعبر» مثالا للاستثارة الشرطية. أما إذا أخذ الجرس يذق مرة تلو

الأخرى ، دون أن يصحبه طعام ، أو إذا عاقبنا الحيوان عندما يرق الجرس بدلا من تقديم اللحم ، فإن أفراس اللعاب سيتوقف وهذا يعتبر مثالا للكف الشرطي .

وبناء على هذا التصور نجد ، يميز بين نمطين من الشخصية الإنسانية : الشخصية : المكلفة أو المقيدة وهي ، شخصية منسجمة ، وحبيسة لانفعالاتها ، وعاداتها ، وتقاليده المجتمع وعاداته ، والشخصية المنطلقة أو المستثارة ، وهي شخصية تلقائية ، وإيجابية ، ومباشرة ، وخالية من القلق :

« الاستثارة قانون أساسي من قوانين الحياة ، والعصاب نتاج لكف الدفعات الطبيعية التي تحكمها هذه القوانين »

أما لماذا تزداد عمليات الكف عند البعض وتزداد عمليات الاستثارة عند البعض الآخر ، فإن هذا يتعلق في الحقيقة بالخبرات الاجتماعية والتعلم في الطفولة وذلك لأن :

« سلوك الطفل الصغير يتجه للاستثارة . فهو يتصرف من غير قيود . وإذا ما تركناه كذلك دون تدخل في مجرى سلوكه فيما عدا ارضاء حاجاته البيولوجية ، فإن نمطه الاستثنائي سيتطور في هذا الاتجاه . أما إذا بدأنا عمليات الكف مبكرا في حياة الطفل ، فإنه هنا تحدث المتاعب » .

ولا يعني ذلك أن نرفض الكف تماما في السلوك ، لأن حياة الإنسان في مجتمع تتطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات ، لكن افراط الحياة الصديئة بناء على مفاهيم تربوية خاطئة تفرض في هذا الكف وتتطوّر في ممارسته ، فعلى الطفل أن يكون « مؤبدا » في كل الاوقات ، وأن لا يعارض

شؤون ، أو يقاطعه ، وأن يكون غيرا دائما ، أي لا يكون بشكل عام انسانا على بمقدار ما يصيب ، بل ان عليه أن يكون مصيبا دائما . « أننا بهذا نكل نفرض أنماطا من الكف الضرورية التي تسمح له بالصيانة في المجتمع ، لكن ماذا يتبقى له بعد ذلك من أجل سعادته الخاصة ؟ » :

وتهدف عملية العلاج النفسي وفق هذا التصور السابق إلى وضع اليب للتغيير من نمط الكف إلى الاستثارة والانطلاق . ومن الطرق التي نخدمها « سالترة » الترويم المفتطيسي ، وأساليب تأكيد الذات بهدف تمكن الشخص من التعبير عن إنفعالاته بحرية . كذلك كان يعين لمرضاه أعمالا علاجية ، يطلب منهم تنفيذها عند تفاعلهم بالبيئة وتكيفهم معها ، الثانية ، والاسترخاء والتعبير المباشر عن المشاعر ، وتقلب الفعل على الحور ، والامانة ، والصدق في السلوك .

وقد يختلط مفهوم الشخصية المنطلقة أو المستثارة بمفهوم الانبساط ، بل الاجتماعية ، وحب الاختلاف . لكن « سالترة » يرى أن مفهومه يختلف إلى كثيرا ، فكثير من الأشخاص الذين يبدون الناظرين على أنهم متعاونون ونواصداقات متعددة ، وقدرة على التأثير في الآخرين والتفاعل الجماعي ، هم في الحقيقة أبعد ما يكونوا عن الصحة النفسية أي من التعبير عن الامانة ، والصدق والحرية في التعبير الإنفعالي : « ان هناك يستطيع أن يكون مقيدا وهو في قمة النشاط الاجتماعي ، وأنه من النادر أن تجد كثيرا من الأشخاص يثيرون حولهم الضجيج كبعض الممثلين ، والمهندسين ، لكنهم من الناحية الانفعالية أبعد ما يكونوا عن العمل »

وعندما يكون المعالج النفسى ذاته قادرا على تأكيد ذاته وعلى التعبير  
الإنفعالى الحر تكون قائمته لمريضه كبيرة ، فهو يمنح مريضه نموذجا صحيا  
فعالا . فلنرى كنموذج لذلك هذه الحالة :

حالة الشاب المدلل والمعالج الحازم :

« المريض ، ولانطلق عليه السيد (أ) شاب طويل ، وسيم وابن لثرى .  
كان يبلغ من العمر فى وقت العلاج خمسة وعشرين عاما ، ويعد للحصول  
على الدكتوراه فى علم الاجتماع . يتحدث بطريقة غامضة عن أماله ،  
وأهدافه فى اصلاح الإنسانية والتهوض بها . لكنه يشعر بأنه ممل ، وأنه  
يفتقر إلى جانبية الحديث . ومع ذلك فقد أبدى كل مظاهر اليقظة والنشاط ،  
والتشويق أثناء الجلسات العلاجية ، وان كان يتصرف بطريقة حنيدة خاصة  
عندما كان المعالج يختلف معه . وبالرغم من أنه قد بدا أنه لا يشعر بصعوبة  
المواد الدراسية التى يدرسها ، الا أنه يجد صعوبة فى التركيز ، لان ذهنه  
يتجول دائما هنا وهناك » يتقلب لساعات قبل أن يغرق فى نوم متقطع . يريد  
من المعالج أن يعلمه كيف ينوم نفسه مغناطيسيا حتى يتخلص من الارق .  
وقد حاولت (أى المعالج) أن أعلمه بالفعل التنويم لكننى فشلت معه ، لان  
ذهنه كان يتجول فى أشياء أخرى ، ويقارن أساليبى فى التنويم بقراءاته فى  
هذا الموضوع وبالتالي بما يجب على أن أفعله حتى أنجح فى تنويمه . وعلى  
العموم فلم يحدث أى تقدم فى هذه الوجهة .

« بدأت بعد ذلك أغير من طريقتى معه إلى طريقة حازمة ، فبينت له  
أننى غير مسئول تماما عن كل الافكار التى تجول بذهنه ولا يهمنى فى قليل

المر . وبحزم أوضحت له ، بأننى أنا السلطة العلاجية هنا ، وأنه جاء  
ليبنى فى مشكلاته لالكى يقدم لى النصيحة فيما يجب أن أفعله أو لا  
فأنه يجب أن ينفذ ما أمره به تماما اذا اراد أن ينجح فى تعليم  
الذاتى . والحقيقة أننى أجد هذا المنهج الحازم فعالا خاصة مع هذا  
من المرضى المدللين الذين أفسدتهم التربية بحيث يتعذر التواصل  
لا من خلال موقف انفعالى جديد . »

ويهوى المريض الموسيقى ، وهو فى الحقيقة صاحب أنى موسيقية  
لهذا قررت أن أعدل من طريقتى فى العلاج ، وطلبت منه أن ينصت  
للملح أصابعى ثم توقفت وسألت : هل لا زالت تسمع هذا الصوت فى  
اليد (بعد أن توقفت عن طقطقة أصابعى) . فأجاب بالإيجاب « (٣) .  
فحينئذ قمت بقرعة خفيفة على مكتبى بقلمى . قائلا هل تسمع هذا  
« فأجاب بالإيجاب . »

قلت : « هذا جميل . والان أننى أرى أن هذا الاجراء ضرورى  
ل من خلاله فى خطتنا العلاجية عندما أراك فى المرة القادمة . »  
الآن تقوم بتنويمى اليوم ؟

الفتحت ابنتامة خفيفة وقلت : « اذا أردت أن أساعدك ، فيجب أن  
يكون ذلك بطريقتى الخاصة . اننى لا أنتظر أوامر منك توضح لى ما  
يجب أن أفعله الان او المرة القادمة . »

فطلق سائلتر على ذلك قائلا :

فدوما يرى البعض أن هذا الاسلوب قد يخيف المريض وبالتالي  
العلاج تماما ، ولكن الخبرة علمتني بأن هذه أفضل طريقة للتعامل  
معى الذين يحاولون ان يوجهوا الناس والعلاج بطريقتهم الخاصة .  
لكننى هنا فى الاسلوب ، وليس فى المبادئ الرئيسية التى يجب ان  
يها العلاج النفسى . »

« لقد خرج الشاب وهو منزعج ، لكن حبه لاستطلاع ما قد أحمل له كان واضحاً وهذا ما كنت أهدف إليه في الحقيقة » .

" وفي الجلسة التالية : كررت مبيناً له أنه يجب ببساطة أن ينصت إلى وأن ينفذ ما أقول . اننى أسمح له بأن يضيع وقته ، ولكننى لا أسمح له بأن يضيع وقته ، وأنه مالم يتعاون معى تماماً فإن عليه أن يتفضل بالخروج والان » .

المريض : لماذا ، ما هو خطئى حتى ألقى هذه المعاملة ؟

المعالج : انك مخطئ لانك تتصرف بما أنت . هذا كل ما هناك . ان شرائك تذكرة دخول للمسرح لا يعطيك الحق فى ان تختار الحوار للممثلين .

المريض : ( يبتسم ) .

المعالج : جميل ... والان أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة المنعكسة من هذا الضوء ( أشرت إلى وعاء لامع موضوع فوق مكتبى ) . هل ترى هذه البقعة الضوئية .

المريض : نعم .

المعالج : والان فى كل مرة أضرب لك فيها بأصابعى أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة ، وأن تغمض عينيك باسترخاء وبالتدرج . أريدك أن تغمضها بالتدرج وبزقعة لصالحك . ستجد ذلك جميلاً ومشوقاً

استرخى المريض على كرسيه المريح وهو يحمل فى البقعة . نظرت بعينى ، فأغلق عينيه . انتظرت لثلاث ثوانى وعندئذ قلت بهدوء « افتح عينيك » . فتح عينيه واستمر ينظر البقعة . انتظرت ثلاث ثوان أخرى ثم « افتح عينيك » فعل ذلك .

جميل من الان فصاعداً أريدك أن لاتفكر فى شئ ، وأن تسترخى ، جهداً كلتك تعيش فى حلم من أحلام اليقظة . وفى نفس الوقت أريدك أن عينيك دون تفكير حالم أضرب لك بأصابعى ، وأن تبقى عليهما حتى حتى أطلب منك أن تفتحهما . حاول أن تسترخى ، وان لاتفكر فى شئ ، فكر فى جسمك فقط .

« لقد كان المريض الان منتبها لى تماماً ، وكان واضحاً أن عناده بالمخالفة قد أنتهى » .

« ططقت أصابعى . أغلق عينيه ، انتظرت ثلاث ثوان وطلبت منه أن يفتحها . نظرت بأصابعى مرة أخرى . أغلق عينيه .. مرت ثلاث مرات أخرى . وطلبت منه أن يفتح عينيه . كررت ذلك أربعين مرة وبعدها : « له : «

المعالج : هاه بماذا تشعر الان .

المريض : ( متدهشاً ) أشعر باسترخاء كامل .



المعالج : جميل ... سأقول لك لماذا .

« ويدون توقع منه طقطقت بأصابعي ، وبالرغم من أنه لم يكن مركزا على البقعة فقد رمشت عيناه »

المعالج : ما الذي حدث الآن ؟

المريض : رمشت بعيني عندما طقطقت بأصابعك .

المعالج : هذا جميل .

« ان هذا يعنى الان أنه أمكن التحكم فى اعضاء جفنى المريض بطريقة الارتباط الشرطى » .

« ثم أخذنا فى استئناف تمارين الضرب بالأصابع واهماض العينين لمدة أربعين مرة إضافية وتوقفت بعد ذلك » .

المعالج : والان هل يمكنك أن تتخيل صوت الضرب بأصابعي بينما أنا لاناقر بها بالقل.

المريض : نعم بالطبع .

« المنبه الشرطى هو الطقطقة بالأصابع واهماض الجفنين والاسترخاء يمثلا الاستجابة الشرطية : اما المنبه الاصلى فهو الوعاء اللامع . وتعلم الاسترخاء أثر الضرب بالأصابع يشير إلى عملية التعلم الشرطى .

المعالج : هل تستطيع أن تسمعها بوضوح فى ذهنك ؟

المريض : ( يومئ علامة الموافقة ) .

المعالج : والان سأقول لك ما أريد أن تفعله ، أريدك أن تستمر فى ممارسة هذه التدرجات عشر دقائق يوميا ، مرة فى الصباح عندما تستيقظ من النوم ، ومرة فى المساء عندما تذهب للسري . فى كل مرة تخيل نفسك أنك تنظر إلى بقعة مضيئة ، وتخيل الحالة الهادئة التى أنت عليها الان وأهم نفسك بأنك تسمع صوت اصابعي . حاول أن تفكر فى ذلك بمشاعر الاسترخاء ثم أغلق عينيك . قد يبدو الامر معقدا وصعبا ، لكنه فى الحقيقة غير ذلك .

المريض : أظن أفهم الان ما تريد : ولكن ماذا لو أننى لم أستطيع النوم .

المعالج : حاول أن تقوم بهذه التمارين . وإذا وجدت أنها لاتشد تركيزك : توقف عنها . لكن أيضا لأريدك أن تحمل عنها منذ البداية رأيا خاطئا .

« أنها ستجعلك تسقط فى النوم فى الحال . كل ما أريده منك هو أن هذه التمارين فحسب . إذا قمت بذلك ، فالباقى لا يهم . افعل كما أقول . كل ما هناك .

« وفى الجلسة التالية قرر المريض بأن التمارين تزيد من استرخائه . فبعد هذا فإن قدرته على التركيز قد ازدادت . كما ذكر للمعالج أن الذى كان يلقيه فى علاقاته الإجتماعية يخفق تماما عندما يمارس استرخاء قبل الدخول فى مثل هذه المواقف » .

« والحقيقة أنه أصبح يمارس هذه التمارين أكثر من ثمان مرات يوميا - أصبح قادرا على ضبط نفسه والاسترخاء العميق والسريع مرة » .

« لقد كان هدفي من كل هذا أن أجعل حياته أكثر يسرا وارضاء له .  
 طفل في ثياب شاب ، أفسدت التربية بحيث أن أي احباط يمكن أن  
 إجهه في الحياة يبعث فيها التوتر والانحصار . لقد كنت بهذا الأسلوب ،  
 هذه التمرينات التي علمتها له أهداف إلى أن أحوله لإنسان أهدأ ، مما  
 يجعله أكثر قدرة على التحمل والمسئولية ، وبالتالي أكثر قدرة على تنويع  
 شاعره هذه الأشياء . ان الإنسان القادر على ممارسة الحرية الإنفعالية -  
 كما أوضحت لهذا المريض - لا يجد صعوبة في النوم ، ولا يصيبه الارق .  
 يشعر بالتحسن يوما بعد يوم » .

« وقد جاء المريض بعد ذلك بفترة يقول لي » :

« صحيح .. فكر معي في كل هذا . ان بي كل جوانب النقص الموجودة  
 في أي كائن بشري . فما أنا إلا مجرّد شاب من أسرة ثرية . إنك تقول أنني  
 ذكي ، لكن هذا هو كل ما يمكن أن يقال عني . إنني في الحقيقة لم أفعل  
 شيئا واحدا في حياتي يشعروني بالاهمية » .

« كان ذلك قبل أن ينقطع المريض عن العلاج بنجاح ، وقبل أن أسمع  
 منه بعد ذلك أنه قام بقضاء إحدى إجازاته الصيفية في زراعة أشجار  
 المطاط في إحدى غابات إفريقيا ، وفي خلال إجازة صيفية أخرى كممارس  
 رياضة صيد النمر في الهند » .

ومن الواضح أن منهج «سالتزر» في «حالة السابقة» قام على أساس  
 تدريب المريض في البداية على الاسترخاء ( كشكل من أشكال قوة التحكم  
 في الذات ) ومن هذا التدريب بدأ الشاب يتمكّن تدريجيا ويسرعة من  
 التلقائية ، والمبادأة في المواقف الإجتماعية . وقد تلت هذه الخطوة ، محاولة  
 لتدريبه على تأكيد ذاته ، وربما يفسر هذا ما قرره الشاب بعد ذلك من أنه

أصبح قادرا على النجاح الإجتماعي ، واكتساب مشاعر جديدة بحب  
 الناس له .

وربما تثير الخطة الحازمة القاسية التي بدأ بها المعالج بعض الجدل ،  
 لكن يجب أن نلاحظ في الحقيقة أن المعالج وهو يرب المريض على  
 الاسترخاء كان يرسم أمامه نموذجا لشخصية ناجحة وقادرة على تأكيد  
 ذاتها واحترامها لنفسها . وفي هذا الصدد ينكر بعض الكتاب أن على  
 المعالج أن يستخدم بعض الأساليب اللفظية لتدريب عملائه على تأكيد الذات  
 كالتعبير اللفظي التلقائي عن المشاعر ، وأن يعودهم على اعتماد  
 استخدام كلمات يكثر فيها ضمير المتكلم ، مثل « أنا أرى » أو « أنا أعتقد »  
 إلخ أو الإرتجال والتلقائية بدلا من التخطيط البعيد للمستقبل .

### المعنى الحديث لتأكيد الذات

يعرف مفهوم تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال  
 في المواقف والأشخاص فيما عدا التعبير عن انفعال القلق . اننا بسبب  
 عواقبنا ، وعجزنا عن التعبير عن مشاعرنا في مواقف الاتصال بالناس  
 مع رغبتنا في الشكوى من تصرف سخيف ، أو نكتم معارضتنا عند  
 اختلاف مع الناس والأصدقاء ، أو نرغم أنفسنا على البقاء في جماعة مملة  
 حتى لانعبر عن حينا ، واستمتعنا بالأشخاص أو بأشياء جميلة .

أن مفهوم تأكيد الذات بهذا المعنى يماثل تماما مفهوم الشخصية  
 المشارية الفعالة عند سالتزر ، لكن المفهوم الحديث أكثر تخصصا . فحتى  
 الآن - وهو جوهر العصاب - لا يخلو من الاستثارة بالشكل الذي يشير إليه  
 سالتزر ، بينما يهدف أسلوب تأكيد الذات إلى قمع القلق وكفه أساسا .

ومن الواضح أن التصور الحديث لتأكيد الذات قائم على نظرية مختلفة  
في العصاب مؤداها - كما أشرنا قبلا - أن القلق استجابة متعلمة غير  
تكيفية لمواقف أو منبهات محايدة ( أى ليس فيها ما يؤدي إلى مشاعر  
الخوف أو الصراع ) ، وأنه بهذا المعنى يشكل عنصرا رئيسيا من عناصر  
السلوك العصائى . ويقوم التخلص من القلق على أساس تعريض الكائن  
وتعليمه عددا من الاستجابات المعارضة للقلق أثناء تعريضه لمواقف الخوف  
والصراع ، بحيث يختفى القلق والخوف تماما نتيجة لتأثير الاستجابات  
المتعلمة الجديدة ، وتأكيد الذات وحرية التعبير الإنفعالى هو أسلوب من  
الأساليب التى تتعارض مع القلق وتنتفيه .

لماذا تعتبر استجابات تأكيد الذات معارضة للقلق ؟

خذ على سبيل المثال هذا الموقف : (أ) شخص رقيق ولطيف المعشر ،  
يصفه زملاؤه بأنه انسان طيب وودود . لكن (أ) يصف نفسه بأنه دائم القلق  
عندما يكون بين زملائه . فهو يشعر بأنه اذا أبدى رأيه فى مشكلة داخلية أو  
عبر عن مشاعره فى مشادة واضحة فسيخسر احد زميليه . انه يجد ان  
رغبته فى ان يكون محبوبا من جميع اصنقائه تمنعه وبالتدرج من الافصاح  
عن اى مشاعر حقيقية ، وتمنعه كذلك من الدفاع عن نفسه فى مواقف  
صراع مع « ب » ، « ج » من زملاء . انهم يهزفون نحوه بعدم اكتراث  
واهمال ... مما يقلل من احترامه لذاته ، ويتهمون به بأنه انسان بارد ، ضعيف  
الشخصية . لا يدري «أ» ماذا يقول .. ويعود إلى منزله ، فلا يستطيع النوم

لأن ذهنه بالتوتر . تتكرر هذه التصرفات مع "أ" إلى أن يصبح منعزلا ،  
لا يمتلك مشاعر قوية بالإكتئاب والخوف ، خاصة عندما يتطلب الموقف  
تلا مع الآخرين .

يذهب «أ» للمعالج النفسى ، فيرى المعالج أن خوف «أ» من التعبير  
عن مشاعره مع الآخرين خوف ، لا مبرر له على الإطلاق ، لكن من المؤسف  
أن الخوف هو ما يمتلكه ، ويجعله تحت رحمة الآخرين ، عاجزا عن  
التحرر عن شعوره بالاحتقار أو الغضب فى المواقف التى تتطلب هذا . وقد  
كان أيضا أن خوفه من التعبير عن غضبه ، يدفعه للانسحاب من  
الاجتماعية التى تتطلب منه الصمود . لكن هذا الانسحاب لا يخفف  
من القلق والإكتئاب التى يمتلكه نتيجة لتلك الاحباطات المختلفة . بل  
عكس ان قمع هذا التعبير يزيد من حدة هذا القلق والخوف . ويوضح  
الامر قد يبدو صعبا فى البداية ، لأن استجاباته الانسحابية السابقة  
تجعل عملية تعلم طويلة المدى ربما ترجع إلى طفولة "أ" ، لكن مع  
تدريبه أن يعود نفسه تدريجيا على ذلك ، وأنه من خلال الممارسة  
مع الامر أكثر سهولة ويسرا .

التدريب يستطيع «أ» ان يتصرف بحرية مؤكدا ذاته ، ومعبرا عن  
الحقيقية : غضبه أو احتقاره ، أو عدوانه . انه لا يستطيع ان يوقف  
الذين يهددون طمأنينته وحرية فى المواقف المختلفة بإيقاف عدوانهم  
بمماثل ، لكنه أيضا يجد لدهشته أن كثيرا من مشاعر القلق السابقة  
«أ» وأن اكتنابه أيضا يتناقص إلى حد بعيد . ان ثقته بنفسه الان  
تأثرا لا على التعبير عن عدوانه فحسب ، بل وأيضا عن تأييده  
الإيجابية التى تصدر منهم . لقد قرر زملاؤه أنه انسان محبوب  
أيضا ..

من هذا المثال التصوري السابق كان «أ» يعيش تحت نظام شديد من المحظورات جعلته يفتقد تماما حرية التعبير بما يناسب المواقف المختلفة. والإنسان العادي يستطيع أيضا أن يشكل سلوكه على حسب المواقف المختلفة. وبالتالي يشكل قنراته على التعبير والحرية. وفي كل مرة ينبج فيها تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتي وبالتالي يخف قلقه في المواقف المختلفة. وهذا ما حدث بالنسبة لـ «أ» أن تعريبه على الاستجابة الانفعالية الملائمة، وتأكيد الذات قضيا على عاداته العصابية في المواقف الاجتماعية المختلفة. إن تأكيد الذات هنا يلعب نفس الدور الذي يلعبه الاسترخاء والتطمين من حيث أنها جميعا، كاستجابات تؤدي إلى كبح القلق المستثار تؤدي إلى تكوين عادات معارضة لعادات الخوف والقلق.

إن المريض النفسي الذي اعتاد على تقييد مشاعره بالرفض أو الاحتقار في المواقف التي تتطلب ذلك، يعمل بهذا التقييد على زيادة نزعاته العصابية واستجاباته غير التكيفية (القلق)، ولا يخفف منها. وعلمنا يوضح المعالج بطريقة بسيطة الحاجة لتأكيد الذات، وبالتالي خلق عملية معارضة من شأنها إيقاف استجابات القلق، فانه بصطاد في الحقيقة عصفورين بحجر واحد: يخلق أنماطا جديدة من السلوك البناء، ويوقف نمطا قديما من المحظورات والعادات غير التكيفية.

قياس القدرة على تأكيد الذات :

من حسن الحظ أن المعالج النفسي السلوكي لا يجد مشكلة تذكر في تقدير مستوى مريضه من حيث قدرته على تأكيد الذات أو على أقل تقدير فمن المشكلات التي يواجهها هنا أقل مما يواجهه في الأنماط

الخصية الأخرى. فمن ناحية نجد أن المريض نفسه على رواية واضحة لضعفه في جانب معين، وربما يكون دافعه الأساسي لطلب العلاج وهو كونه عاجز عن المطالبة بحقوقه، أو التعبير عن نفسه في المواقف التي طلب علاقة بالسلطة أو الجنس الآخر، أو عجزه عن الحديث في موقف طلب ذلك، ويشعر بالأسى والأسف بعد ذلك لأنه ترك الفرصة ثم لم يوفق في حلها.. الخ.

لكن لب المشكلة لا يكمن في اكتشاف العجز أو عدم العجز في التعبير عن الذات والثقة، بمقدار ما يمكن في تحديد أنماط وأنواع المواقف الاجتماعية المختلفة التي يعجز فيها المريض عن هذا التعبير وهنا أيضا نجد من الملاحظ أن هناك عددا من اختبارات الشخصية التي تساعد من ناحية تقدير مستوى الشخص من حيث القدرة على تأكيد الذات، كما تساعد من ناحية أخرى على تحديد المجالات التوسية المرتبطة بالعجز من تأكيد الذات. استبيان التالي أعد خصيصا للكشف عن مجالات العجز عن الثقة بالذات. سنلاحظ أن بعض الأشخاص قد لا يجد مشكلة مثلا من كونه من خدمة سيئة في مكان حكومي أو عام، أو الشكوى من صديق، الزوجة (أو الزوج) لكنه يجد مشكلة حقيقية في تأكيد ذاته في المواقف الشخصية الحميمية كالاحتجاج على الوالدين، أو أخطاء شخص في موقع عمله.. الخ. وهذا الاستخبار في جزء من أجزائه يهدف إلى التحديد الدقيق لهذه المجالات، حاول أن تجيب على عباراته (نعم) أو (لا)، ثم قم ببيتك وبين نفسك كل سؤال بالتفصيل محاولا أن تحدد مواطن الضعف

فى التعبير عن مشاعرك فى جوانب الحياة الإجتماعية المختلفة :

- ١ - هل تحتاج بصوت عال إذا دفعك شخص معين لكى يتقدمك فى صف أو طابور ؟
- ٢ - هل تجد صعوبة فى تأنيب مساعد أو شخص أقل منك منزلة ؟
- ٣ - هل تتجنب الشكوى من خدمة سيئة فى مطعم أو مكان عام ؟
- ٤ - أنت من النوع الذى يعتذر بكثرة ؟
- ٥ - هل تتوعد فى ارجاع شئ اشتريته ( قميص أو ثوب ) لنفس المحل بعد أيام من شرائه بسبب عيب معين ؟
- ٦ - عندما ينتقدك صديق بون وجه حق هل تعبر عن ضيقك ومشاعرك بين العين والآخر ؟
- ٧ - هل تتجنب الأشخاص المهيمنين للتسلط والسيطرة ؟
- ٨ - إذا وصلت إلى اجتماع متأخرا هل تفضل الوقوف عن الجلوس فى كرسي من الصفوف الامامية ؟
- ٩ - هل تستطيع أن تعارض شخصا مسيطر ؟
- ١٠ - إذا وجدت سيارة فى المكان المفروض أن توضع فيها سيارتك فهل تبحث عن مكان آخر بدلا من أن تستفسر أو تحتج ؟
- ١١ - هل تجد صعوبة فى رفض سلع أو بضاعة يعرضها عليك بائع لحوح ؟
- ١٢ - هل تعبر عما تشعر به ؟

١٣ - إذا سمعت بأن أحد الاصغاء يسمع منك أخبارا دعائية مسيئة هل تتوعد لى إيقافه عن ذلك ؟

١٤ - هل من الصعب عليك أن تتقدم بالتماس لطلب معونة مادية لشئ مهم ؟

١٥ - هل تحتفظ فى الغالب براءتك لنفسك ؟

١٦ - هل تجد صعوبة فى بدء مناقشة أو حديث مع شخص غريب منك ؟

١٧ - هل تستطيع أن تعبر عن حيك واستطفاك لبعض الاشياء بصورة متقدمة ؟

١٨ - إذا شعرت بأن الطعام يقدم لك فى المطعم لم يقدم بطريقة ترضيك هل تشكو من « الجرسون » ؟

١٩ - هل تتجنب ايداء مشاعر الآخرين ؟

٢٠ - إذا حضرت محاضرة عامة هل ترد على المحاضر اذا شعرت ببعض التناقض فى كلامه ؟

٢١ - هل تحافظ أحيانا على هدوءك بحثا « عن السلام »

٢٢ - إذا طلب منك صديق طلبا غير معقول هل ترفض ذلك ببساطة ؟

٢٣ - إذا حدث أنك اكتشفت بأن باقى النقود التى أعطيت لك فى مكان تجارى ناقصة هل تعود من جديد لتوضح ذلك ؟

٢٤ - إذا منعك البوليس من النحول لمكان هو فى الحقيقة من حقه هل تحتج ؟

٢٦ - إذا ضايحك قريب ( أب أو أخ ) تحترمه هل تخفى مشاعرك بدلا من الكشف عن ضيقك الحقيقي ؟

٢٧ - هل يظهر غضبك أكثر مع افراد من نفس جنسك أكثر مما يظهر مع أفراد من الجنس الآخر ؟

٢٨ - هل تجد صعوبة في مدح أو تقييد الآخرين ؟

٢٩ - هل لديك أشخاص موثوق فيهم تستطيع أن تتناقش معهم مشاعرك الحقيقة ؟

٣٠ - هل تعجب بالاشخاص الذين يحتفظون بقدرتهم على المقاومة مهما حاول الآخرين تخطيئهم ؟ \*

### الأساليب السلوكية :

والآن بعد أن عرفنا معنى تأكيد الذات ، والمجالات المختلفة التي تشعر فيها بالافتقار لذلك ، تبدأ مرحلة تعديل السلوك باستخدام عدد من الأساليب تثبت البحوث والخبرة فاعليتها إلى حد بعيد ، وفيما يلي شرح لبعضها :

\* التعبير عن الثقة وتأكيد الذات يظهر في الاجابة ب " نعم " على عبارات ١ ، ٦ ، ٩ ، ١٢ ، ١٧ ، ١٨ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٣ ، ٢٤ ، ٢٥ ، ٢٩ ، ٣٠ ، والاجابة ب " لا " على ما عدا ذلك من عبارات . بالرغم من أن مرجعك الكلي تكشف عن تأكيد الذات ، فإن من المهم أكثر هو تحديد المجالات التي تشعر فيها بعدم الثقة أو المجهز ( فهي معادة للاهتمام مهما قلت (٤) .

### ١ - أساليب لفظية :

هذه الأساليب من شأنها أن تعلم المريض أن يزيد من حرقته الإنفعالية وقدرته على تأكيد الذات . ومن أهم الأساليب فعالية في هذا الصدد تعود المريض وتشجيعه على التعبير المتعدد عن انفعالاته بطريقة تلقائية . ويطلق على هذا الأسلوب اسم « تطبيق المشاعر » feeling talk ، أى تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة وبطريقة تلقائية . وبالطبع يجب أن يكون ذلك في حالات الانفعالات المختلفة سواء كانت تتعلق بإبداء الحب أو الرغبة ( اننى - احب هذا الشئ ، انه يوم جميل ) ، أو عدم الرغبة ( اننى لا احب هذا الرجل وكل ما يدعو اليه ) ، أو المدح ( انك تبدو أنيقا اليوم ، ان الكلمة التي قلتها ذكية بحق ) ، أو التوقع ( اننى أتطلع للقاءك والحديث معك فيما بعد ) ، أو الدهشة ( انه يوم الخميس ستكون الاجازة غدا لا أصدق ) ، أو النقد الذاتى ( ما أحقنى اذا أفعل هذا ) أو الاسف ( اننى أشعر بالاسى ، لأننى سأتروك هذا المكان ) ، أو التصميم ( سأظل هكذا مستمرا إلى أن أكسب فى النهاية ) ، أو التشكك ( هل تعتقد اننى اصدق ما تقوله ؟ ) أو حسب الاستطلاع ( اننى سأحلم بما سيحدث فى المرة القادمة ) ، أو الشعور بالخلاص ( حمدا لله انه يوم الخميس لم أصدق أنه سيأتى ) . أو الشعور بعدم الراحة ( ان قدمى تعباني ) .. الخ .

بعبارة أخرى فإن تطبيق المشاعر والحديث عنها بصوت عال يجب أن  
كل التنوعات الإنفعالية المختلفة ، والقاعدة الذهبية في ذلك هي الصنق  
مادة مع الشكل الإنفعالي السائد والشعور المسيطر على الشخص.

التعبير الحر عن الرأي وتأكيده الأنا :

عندما تختلف في الرأي مع أحد الأشخاص . أظهر مشاعرك الحقيقية  
من الموافقة وأبد معارضتك في شكل واضح . قد تكون معارضتك في  
ية انفعالية ولا تقوم على أساس منطقي ، لا بأس . ان هدفك هو الحرية  
هالية وليس كتابة بحث لجلة علمية محترمة . كذلك الاستخدام المتعمد  
ة " أنا . " استخدام أنا في بداية التدريب على تأكيد الذات بأكبر قدر  
، أو " اننى أرى ( في اعتقادى .. سمعت .. الخ " كل هذه العبارات  
رية . قد يتهمك البعض بانك واثق من نفسك أو مقرر . مرة أخرى لا  
أنك ستستطيع في النهاية أن تضبط كل ذلك . تذكر أيضا أن من  
وتك بهذا قد يتهمونك بانك شخص ضعيف ولا رأى لك اذا كنت عكس  
ومن الاساليب الملائمة (أيضا التعبير عن الموافقة عندما تمتدح ،  
رج عندما يمتدح بعض الأشخاص آراءك أو ذك أو شخصيتك بل على  
من أظهر موافقتك على ذلك . أنك ستدعم لديهم البحث عن الإيجابيات  
وبالتالى ستلقى عائدا إيجابيا من المجتمع أنك تحول كل من حولك  
جتمع علاجى لك يدعم عادتك الصحية الجديدة ، ودعم الاستجابات  
ة التي لا تزال في بداياتها .

٣ - التدريب على أحداث استجابات ببنية ملائمة :

في تدريب القدرة على تأكيد الذات والحرية الإنفعالية من الضروري أن  
تكون الاستجابات البنية ملائمة . ويوجه المعالجون النفسيون في الوقت  
الراهن جزءا من اهتماماتهم إلى تدريب التعبيرات الوجهية ، وأساليب  
الحركة والكلام والمشى كجزء من العلاج النفسى . ومن المهم على اية حال  
التنبه إلى عدد من هذه الاستجابات مثل : نبهة الصوت ، اذ يجب على  
الصوت أن يكون قاطعا ، مسموعاً ، واثقا ، كذلك التقاء العيون مباشرة  
بالشخص أو الأشخاص الذين نتحدث معهم ، كذلك تشكيل الجسم وحركا  
ته . فإستخدام عدد كبير من الشارات باليد والفراغ تساعد الشخص على  
التحرر من قيود التعبير . ومن المهم أن تكون تعبيرات الوجه ملائمة للمشاعر  
ولمحتوى الكلام . لا يتبسم وأنت توجه نقدا لشخص ما ، أو وأنت تريد أن تعبر  
عن الغضب . كذلك لاتصلب وجهك ، ولا تجعل له تعبيرات العداوة ، وأنت تحاول  
أن تعبر عن حبك وإعزازك لشخص معين . اكشف بإختصار مشاعرك  
الداخلية مع إزالة القناع الظاهرى . إجعلهما متطابقين (٦) .

٤ - التأكيد السلبي :

ويستخدم هذا الأسلوب عندما ترى أنك بالفعل قد قمت بخطأ ما  
يستحق اللوم والنقد من زميل أو رئيس أو قريب . عندها أعترف بوضوح أنك  
أخطأت لكن على أن تبين بوضوح أيضا أن خطأك لايعنى أنك سيئ ، أو  
أنك فعلت ذلك بسوء قصد أو نية ، مثلا .

## ٧ - أسلوب الاسطوانة المشروخة :

في الحالات التي يقاطعك شخص ويعترض على ما تقول، قبل أن تنهي كلامك أو توضح فكرتك - إنتظر إلى أن ينتهي الشخص الذي يقاطعك من الحديث. وعندئذ تجاهل تماما ما قاله واستأنف توضيح فكرتك الأصلية باستخدام عبارات مثل :

- هذا صحيح .. ولكن الموضوع الذي أريد مناقشته هو ...

- إن القضية الرئيسية هي ...

ويمكنك هذا الأسلوب من الإحساس الهادئ عند مواجهة المناقشات غير الملائمة، وتجاهل الدخول في "منازعات" جانبية تبعدك عن الموضوع الأصلي الذي تريد إبرازه (٧) .

٨ - التساؤل السلبي :

ويستخدم هذا الأسلوب مع الأصدقاء والأشخاص الأعزاء لديك عندما تريد أن تنهي الخلافات المنفرة في العلاقة بهم. وذلك بأن تستجيب للنقد الذي يوجه لك من شخص معين، بأن تسأله بأن يعطيك مزيدا من الإنتقادات المماثلة التي سببت ضيقه .. إلى أن ينتهي من سرد كل الجوانب التي يأخذها عليك، وعندئذ يبدأ في تلخيصها من جديد، وأشكره على إهتمامه، وأنت ستكون سعيدا أكثر في المستقبل إذا ما صارحك بأي مأخذ قد يحدث منك عفوا (٧) . ويجعل منك هذا الأسلوب شخصا هادئا في مواجهة الضغوط الإجتماعية وما يظهر من أخطاء في سلوكك وتصرفاتك مع

- نعم للأسف فعلت ذلك الخطأ على غير عادتي ولكن لم يكن هذا مقصودا أو بنية سيئة (٧) أو مستنكرا :

- أه - ما الذي فعلته !! إنتى عادة لا أقمل هذا .

٥ - جريد إنفعالات الآخرين الغاضبة من قوتها:

ويتضمن هذا الأسلوب أن تتجاهل الحديث (أو الرسالة) التي تأتيك من شخص آخر بشكل إنفعالي غاضب أو ثائر، بأن تجعل تركيزك لا على موضوع الحديث، أو محتوى الرسالة الغاضبة ولكن على حقيقة أن الشخص هنا غاضب، وأنت لذلك غير مستعد للدخول معه في مناقشة ما لم يهدأ الآن، أو فيما بعد. كل ذلك بهدوء وبإصراار وبصوت معتدل النبرات متوسط الشدة، إن من شأن هذا الأسلوب أن يجنبك من الدخول في معركة لم تبدأها (٧) وغير مستعد لخوضها (٧) .

٦ - التعمية والإرباك :

يستخدم هذا الأسلوب مع الأشخاص الذين يتطوعون للجدال والمعارضة ، والنقد لأشياء هي من شأنك أنت، ويكون بأن تقول له أنك على حق فيما تقول .. ولكن بطريقة توضح له أن موافقتك لا تعنى موافقة حقيقية على محتوى ما يقوله ، بقدر ما تعنى أنك غير مستعد لتبادل الحوار أو الحكم على موضوع هو من شأنك أنت فحسب (٧) .

ويستخدم هذا الأسلوب للإعانة على تلقي نقد الآخرين أو هجومهم بطريقة هائنة (ويكون أن تتحول للقلق أو الانسحاب أو العدوان. وبالتالي لا تدعم للناقد سلوكا قد يستخدمه كلما أراد إثارتك إنفعاليا (٧) .



الآخرين. ويظهر في نفس الوقت بمظهر المريض والراغب في تحسين الاتصال بالأشخاص المهمين في حياتك، بإنهاء مصاصير الخلاف معهم .

#### ٩ - أسلوب لعب الأدوار :

قد تكون العقبة في تأكيد الذات ناتجة عن عدم فهم الشخص لمتطلبات الدور الذي يقوم به. فالشخص الذي يتقدم لإجراء مقابلة شخصية للحصول على عمل معين، قد لا يكون مدركا لمتطلبات الوظيفة أو « الدور » المطلوب القيام به. ويستخدم المعالجون السلوكيون لهذا أسلوب تمثيل الدور قبل حدوثه مع المريض بفرض زيادة قنراته على مواجهة الإحباط والعجز في المواقف الاجتماعية العاسمة، وقد رأينا نمونجا لذلك في حالة السيد « أ » في صدر هذا الفصل. إذ رأينا المعالج يطلب من المريض القيام بدور التقدم لإجراء مقابلة شخصية مع رئيسه في العمل - بينما قام المعالج بدور المدير. ثم رأينا بعكس الأداء فيقوم هو نفسه بدور المتقدم للعمل - ويقوم المريض بدور المدير. لكي يطلع المعالج على أنماط السلوك والاستجابات الملائمة للموقف - خلال الإقتداء له ومحاكاته .

والحقيقة أن كل فرد منا يقوم في اللحظة الواحدة بعدد كبير من الأدوار الاجتماعية التي قد لا تكون محددة بشكل دقيق أو رسمي كما هو الحال في حالة الموظف المطلوب للـ وظيفة شاغرة .

فبعض الأدوار الاجتماعية كدور الزوج أو الزوجة - أو الصديق أو الرئيس أو الرئيس لا تكون محددة بلوائح - ولكنها تكون مطلبا من مطالب العلاقات الاجتماعية بالآخرين .

ويقوم جزء كبير من نجاح الشخص اجتماعيا وناطيته وصحته على قدرته على القيام بالدور المطلوب منه قياما ناجحا واثقا. ويقوم الفرد الواحد - عادة بأكثر من دور - فالطبيب طبيب بين مرضاء ، وهو صديق ، وزوج ، وأب ، وموظف بحسب العلاقة المرسومة له مع الآخرين . ولهذا يصعب أحيانا على الشخص أن يقوم بهذه الأدوار مجتمعة بإتقان ، خاصة إذا تعارضت مطالب أداء دور معين بنجاح - كدور الطبيب مثلاً - بأداء دور آخر « كالزوج » في المنزل أو « الأب » بين أبنائه . وليس نادرا لهذا أن نجد مشكلات نفسية وانفعالية تنتج بسبب تعارض أو تصارع الأدوار .

لهذا يستخدم المعالجون السلوكيون أساليب متعددة لتدريب المرضى على إتقان أدوارهم في الحياة ... وتعلم مهارات إجتماعية تتطلبها العلاقات الآخرين وبالتالي توقعاتهم عنها .

ويستخدم أسلوب لعب الأدوار أيضا في الحالات التي يكون من المطلوب فيها أن يدرب المريض نفسه على تحمل الإحباط والتحكم في الغضب - وتجنب الإنفعالات العمقاء ويتم ذلك من خلال إثارة مواقف في جلسات العلاج بطريق التخيل ويكون من شأنها إثارة الغيظ أو الغضب أو الإحباط ومن خلال ذلك يقوم المعالج على تدريب المريض على إظهار استجابة ملائمة تدل على ضبط النفس والثقة - وذلك بتوجيه اهتمامه لتطوير جوانب من السلوك والاستجابات منها :

- تأكيد الالتقاء البصري المباشر بالشخص المثير للإحباط .
- إتخاذ موضع جسدي واثق ولكن بطريقة لا تشير إلى انفعال .

ج - التدريب على بعض الاستجابات اللفظية أو العملية بحيث ينتهي الموقف نهاية ايجابية مفيدة .

د - التدريب على المعارضة والهجوم .. وذلك بإبداء رأيك في التصرف المثير لضيقك بوضوح ويصدق .

وأخيرا قد يتساءل القارئ ماذا لو أن حرية التعبير الإنفعالي - وتأكيد الذات جرت بعض المتاعب الجانبية - مثل خسارة العمل .. أو خسارة شخص .. أو خسارة مادية ؟ .

لا ينبغي في الحقيقة أن تقلل من النتائج السلبية التي قد يحدثها هذا الشكل من السلوك . ولكنني أعتقد فيما توحى لي خبرتي في هذا الميدان أن المشكلات التي يثيرها التدريب على تأكيد الذات - تتم في واقع الأمر في بداية الجلسات الأولى للعلاج النفسي وهي بذلك تحمل المسحة الأولى للفرقة العصابية السابقة للمريض ، ولا تعبر عن تأكيد الذات بمقدار ما تعبر عن الحساسية المبالغ فيها لتصرفات الآخرين تحونا ، وهذا عين ما تهدف تدريبات تأكيد الذات على التخلص منه ، ولهذا فإن علاج المشكلات التي قد يثيرها تأكيد الذات .. لا تتم بالتخلي عن هذا الأسلوب ولكن بمزيد من التدريب عليه .. حتى يتمكن الشخص من إتقان اللغة الإجتماعية والمهارات الملائمة في معالجة سلوك الآخرين بشكل يؤدي إلى الإحترام والحب معا . إن الهدف من تدريب القسرة على تأكيد الذات هو في صميمه تدريب للمهارات الإجتماعية الناضجة التي تتطلبها حياة الفرد في الجماعة .. لئلا تضحية بالفرد - أو تدمير للآخرين وتحولهم لأعداء .

لكن يجب أن نعي أيضا أننا نضطر أحيانا لاختيارات بقيقة وحاسمة : كالاختيار بين بعض المكاسب المادية ، أو عمل يتر بخل معتدلاً ، وبين طريق الصحة النفسية خاصة إذا كان هذا العمل مملاً ولا يتلائم مع

كائنات الشخص أو قيمته . هنا في واقع الأمر لا يبقى إلا الشخص نفسه الذي ينبغي أن يقرر أي الطريقين يختار . ويوضح الجدول في نهاية الفصل مراحلا لهذه الأساليب وترشيدها لإستخداماتها .

### جدول ( ٣ )

### أساليب اكتساب المهارات الإجتماعية

الأسلوب	معناه	متى يستخدم
تقوية للمشاعر Feelings Table	التعبير المتعمد والتفاني من الانفعالات بكلمات صريحة ومطلوبة	التعود على التفاني ، والتعود من القلق الاجتماعي ، والتعبير الآخرين على تكوين مظهر مريح مظهر
التعبير السلبي Negative Assert	الاعتراف بالخطأ عندما تكون بطل وتستحق العوم على أن تبت أن هذا السلوك لا يعنى أنك بكماله سيئ	عندما تحس أنك تسببنا بسلوكك للدم والدماء ، ترزح السلوك الضيق بالرفض ، والمفارقة من الضميمة أو التراجع عندما تريد أن تدرى مظهرا سلوكيا يربطها مظهرا إيجابيا
تجاهل لطلب الآخرين Disarming Anger	لتجاهل مستحوي الرسالة أو السلوك الضار والتبركيز بدلاً من ذلك على طريقة الشخص الانفعالية في الحديث أو التواصل	تجنب الضيق في مواقفك عند مستحويها ، والتعامل مع الانفعالات الاجتماعية والمتحيزين ، شجب الناس - ابتداءً من طرق غير خفية
التجاهل أو الرصد Fogging	التجاهل أو الرصد على مظهره لك من التجاهل مع لهما . الاستعداد لتجاهل سلوكه عندما يظهر من الطرف الآخر مستحق ذلك	يستخدم هذا الأسلوب عندما يكون الطرف الآخر من النوع القوي الذي يكثر من الإيذاء والهم والقلق . عندما يكون الشخص الآخر غير مستعد لتقديم والتراجع بالرغم من سلوكه . لا يبال سلوكه غير خفي
السلوك المكسور Broken Record	لتجاهل الاستجابة المعارضة مع الاستمرار في التعبير عن السلوك أو الفكرة التي يملكها . واستنكاف التعبير عنها بالرغم من المعارضة والمثاقفة .	يستخدم هذا الأسلوب على الأساليب التي الأساليب الهادئة في حالات التناقض غير الهادئة . يوتيك السلوك في مشاهدات جانبية تبعدك عن موضوعك الأصلي . التعبير على ضبط النفس والاصرار على تحقيق الهدف الرئيسي لك
الاستفسار السلبي Negative Inquiry	الاستفسار لانتقاء الآخرين والمطال من المزمع من الاستفسارات والأشياء التي ترتكبها مع إيمان الاستفسار	مع الاستفسار ، والاستفسار الآخرين ، والمفارقة والرفض . عندما تريد أن تدرى بعض السلوك المتفرد معهم التخلي عن الضميمة أو الصراخ أو السرية ، حل الصراخ أو الاجتهاد

## الخلاصة

تقرط الحياة الحديثة - بناء على مفاهيم تربوية وأخلاقية خاطئة - في تأكيد على ضرورة أن يقمع الإنسان التعبير عن انفعالاته ، ومشاعره نحو الأشخاص أو المواقف التي يواجهها ، وصحيح أن حياة الإنسان في المجتمع تطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات ، لكن الإفراط في ذلك يؤدي إلى كلف مرارتنا الإيجابية في التعبير الملائم عن مشاعرنا ، مما يحول الإنسان إلى شخصية مكبوتة ، ومنسحبة ومقيدة وحبيسة لانفعالات وعادات لا تترك الألقا ضيقا للصحة النفسية والسعادة الخاصة. ويشير مفهوم تأكيد الذات حرية التعبير الإنفعالي إلى ضرورة أن يعبر الإنسان عن مشاعره بصديق هانة في المواقف المختلفة ومع الأشخاص المختلفين ، فيما عدا التعبير عن قلق والإضطراب . ويبين البحث النفسي أن الخوف من تأكيد الذات والعجز عن التعبير الإنفعالي الملائم يعتبران سببين رئيسيين من أسباب القلق ، الصراع ، والإضطرابات النفسية ، ونتيجة لها في نفس الوقت وتشمل حرية التعبير عن المشاعر ضرورة التعبير عن كل المشاعر الإيجابية ( الحب المودة) والسلبية (الغضب) بما يلائم الموقف ! والنبهات وقمع التعبير عن المشاعر يعمل على زيادة النزعات العصبية ، ولا يخفف منها. ويؤدي النجاح في تنمية القدرة على حرية التعبير الإنفعالي وتأكيد الذات إلى تخفيض القلق الإكتئاب ، وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة. وفي كل مرة ينجح فيها الإنسان في ذلك تزداد ثقته بنفسه وقدرته على ضبط الذات . ويطور المعالجون النفسيون عددا من الأساليب والطرق التي تساعد الأشخاص على ذلك ، منها لتشجيع على التعبير المتعمد عن الإنفعالات والمشاعر بكلمات صريحة مسموعة ، وبطريقة تلقائية ، وتقبل المدح ، والثقة في أداء الأنوار ، وتدريب المهارات الإجتماعية ، وأحداث استجابات بديلة ملائمة للحالة الشعورية . الخ

## تابع جدول (٣)

### أساليب اكتساب المهارات الاجتماعية

الأسلوب	مفاهيم	متى يستخدم
٧- لعب الأنوار Role Playing	التدريب بالتدريب على أداء دور أو سلوك جديد قبل حدوثه الفعلي.	الوقت الاجتماعي: المواقف القليلة الخاصة: ألعاب لأولاد: خطرات عامة: استجابات وقائية الصل أو القبول: المواقف البعيدة التي لم يحدث عربوب جيد: سلوكيات الأصدقاء والتعرف من الاشخاص: تجنب الانعكاس
٨- التدريب على الاستجابة الهيئة الملائمة Appropriate Body Language	التدريب على الاستجابة البديلة المناسبة للحالة الاجتماعية والمواقف الاجتماعية بما في ذلك خبرات الصوت والثقة: الصوت: وتغيرات الوجه: والحركة.	الوقت: الاجتماعي: المواقف: خلق انطباع جيد ومستحسن: الثقة بالنفس: ألعاب: لأولاد أو شخصيات للتدريب على اتخاذ قرارات.
٩- التلون الانفعالي Emotional Coloring	التدريب على الانفعالات المختلفة والمتعارضة بما فيها المخرشة والهجوم: وتقبل المدح: وإظهار الفهم وتأكيد الذات... الخ.	تكوين عادات اجتماعية ملائمة: وثيقة: لنها المواقف الاجتماعية: من انفعالاتها: أو قلة التكلم: من القلق الاجتماعي: تحقيق مكسبه مستدامة: لكل المواقف المختلفة: في صلب التألق: ضبط النفس

## مراجع وتعليقات

١ - الحالة التي يبدأ بها هذا الفصل وردت في :

Wolpe, J. & Lazarus. (1966) *Behavior therapy techniques*. London : Pergamon Press. pp.48-50.

Pavlov, I.P. (1927) *Conditioned reflexes*. Translated by G.V. Anrep, New York : Liveright.

٢ - للاطلاع على نظرية "سالتر" Salter في العلاج وقدرته على توظيف نظريات بافلوف في العلاج النفسي. أنظر كتابه الشيق :

Satler, A. (1949) *Conditioned reflex therapy*. New York : Creative Age Press, New York . Capricorn Books . Putnam's Sons, 1961.

وأنظر نموذجاً لمنهجه في العلاج حالة الشاب المل - والمعالج الحازم الواردة في هذا الفصل.

٤ - مقياس تأكيد الذات الوارد في هذا الفصل من أعداد "ويليس" ويستخدم بكثرة في العلاج السلوكي .. ولو أن هناك مقياس متعددة لهذا الجانب. أنظر :

Willoughby, R.R. (1934). Norms for the Clark-Thurstone Inventory . *Journal of Social Psychology*, 5; 91.

٥ - ايزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، مرجع سبق ذكره.

٦ - بالرغم من جوانب التقصير في تدريب المهارات الإجتماعية وتأكيد الذات فإن هناك محاولات مماثلة تمت في الأربعينات. فقد اهتم "هرزيرج" وهو طبيب ألماني بمنهج في العلاج النفسي أطلق عليه اسم العلاج الإيجابي . وجعله عنواناً لكتابه الرئيسي في هذا الموضوع سنة ١٩٤٥ ومن بين ما لاحظته هرزيرج أن كثيراً

من المرضى النفسيين يعتقدون خطأ أن عليهم نتيجة لتأديبهم النفسية ومشكلاتهم أن يبالغوا في حماية أنفسهم، وتحويطها بالرعاية وأن يعرفوا عن العمل أو أي نشاط اجتماعي أو رياضي بحجة هذا التعب. وكل هذه التحويطات لم يرأى "هرزيرج" تعتبر خاطئة من وجهة نظر الصحة النفسية، ولا تساعد على التخفيف من المرض النفسي، بل أنها على العكس تزيد من حدة الأعراض المرضية وتزيد من قوتها. ومن الطريف أنه يقترح عدداً من الطرق لعلاج المرضى تعتبر دون شك بمثابة أرماس فكي بالتطورات الحديثة في العلاج النفسي - السلوكي المعاصر. فهو مثلاً يقترح أن يكون هدف المعالج هو إزالة مخاوف مرضاه من النشاط والجهد بمضاعفة النشاط والجهد. ومن رأيه أن نجاح المرضى في تبني هذه السياسة سيساعد على ذلك. وكان يكلف مرضاه بواجبات منزلية تتلائم مع قدراتهم الذهنية والبدنية الأخلاقية ولكنها تختلف اختلافاً جزئياً مع بناء الشخصية والتعود المرضى. فعلى سبيل المثال كان يكلف المرضى الذين يلمس قهقاساً بدنياً - دون أسباب عضوية - بممارسة الألعاب الرياضية. أما المرضى الذين يتميزون بالخجل ، فقد كان يكلفهم بمقابلة الناس ومبادرتهم بالحديث. والمرضى الذين يعتقدون الثقة بالنفس ، كان يكلفهم بأداء أعمال مثل رفع الصوت في الحديث، أو رفض نوع من الطعام في مطعم، أو المساومة على ثمن شيء مع الباعة .. الخ وبالمثل لم يكن يعطى هذه الأوامر بشكل تسلطى أو ضاغظ بقدر ما كان يعرضها على المريض على أنها هدف من أهداف العلاج والتخلص من المشكلة ، أنظر :

Schwizgebel, R. & Kolb (1974). D. Changing human's behavior.

٧ - تجدر الإشارة إلى أن أساليب تأكيد الذات تستخدم في علاج حالات الوسوسة أيضاً .. فقد أمكن لـ "Weiner" أن يقوم بعلاج حالة شاب في

الخامسة عشرة من العمر، خجول، ويعانى من اضطرابات حوازية تمتثل في  
 أفعال قهرية متعددة عند الاغترمال ، أو القراءة ، وارتداء الملابس ، فضلا  
 عن الوسوسة في تنظيم الأشياء وترتيبها. وقد تطلبت العملية العلاجية لهذا  
 الشاب خطة لاستبدال هذه الطقوس بطقوس جديدة مماثلة ذات زمن محدد  
 ومن ثملتها التدخل في النشاط اليومي، ولكن بدرجة أقل من الطقوس  
 والوسواس الأصلية. فعلى سبيل المثال، كان من بين الطقوس القهرية التي  
 عانى منها هذا الشاب التأكد الوسواسي المستمر من أن دولا ب حجرته في  
 المدينة الجامعية مغلق بإحكام لهذا كان يعود بعد أن يخرج من حجرته  
 ويمشي لمسافات طويلة يعود للتأكد من ذلك .. وكان أحيانا بعد أن يصل  
 لـحجرة الدراسة يتنكر بأن يجب عليه التأكد من أن حجرته ودولاب مغلقان.  
 طلب المعالج من الشاب بأن يضع حجة منطقية لهذا الإجراء الوسواسي «  
 الخوف » من سرقة ملابس وحاجيات الخاصة مثلا"، ثم طلب منه بعد ذلك  
 أن يحدد الإجراءات الضرورية لتحقيق هذا الهدف، وبناء على هذا طلب منه  
 المعالج أن يقفل الدولاب وأن يعود للتأكد من ذلك بعد غلقه مباشرة مرة  
 واحدة، ثم يعود خطوة للأوراء، ويقول لنفسه وقد وضع يديه في جيبه ويصوت  
 عالى « الآن لقد تأكدت من أن الدولاب مغلق وأنتى متأكد وواثق من ذلك،  
 ومتأكد من أن كل شيء بداخله سليم، أنه لا يوجد بالمرّة أى سبب منطقي  
 يدعونى للتأكد من ذلك مرة أخرى، وما على الآن إلا أن أخرج لكى الحق  
 بمحاضراتى » . ومن الغريب أن سلوك الشاب قد تحسن تحسنا ملحوظا  
 فى هذا الاتجاه، بسبب أنه استبدل طقوسه القهرية بطقوس قهرية أخرى ،  
 ولكن تقل عنها جهدا ومضجعة للوقت. وفى تطبيق « وايفر » على أسباب  
 النجاح رأى أن سبب النجاح هنا هو القيام بالأفعال وأدائها بدلا من التفكير  
 فيها. فالقيام بالعمل والفعل أوقفنا ذهن المريض عن التجول فى

تأملات كانت تضع سلوكه قبل ذلك تحت سلطان وسواسه . ومثل هذا  
 تفسير قريب فيما هو واضح من التدريبات الحديثة على أساليب تأكيد  
 ات. لتفاصيل هذه الحالة أنظر :

Schwitzgebel & Kolb, op. cit., 1974

للاطلاع على الأساليب السلوكية فى علاج حالات عصاب الوسواس  
 هرى .. أنظر :

Baer, L. (1991) *Getting Control* Boston: Little Brown & Compan

Jenike, M. & Baer, L. (1991) *Obsessive Compulsive diord*  
 New York

Medical publishers.

Foa, E. & Wilson, R. (1991) *Stop obsessing*. New York : Bant  
 Books.

## الفصل السابع

### قوة التدعيم

من الأشياء التي تؤيدها المشاهدة العادية، فضلا عن العلم، حقيقة بسيطة تحكم حياتنا إلى حد بعيد ، وتلك هي أن ما يعود علينا من نتائج بعد أن نتصرف أو نسلك بطريقة معينة يؤثر بطريقة مباشرة في هذا التصرف أو هذه الطريقة من السلوك . فإذا كان النتائج أو العائد جميلا فأغلب الظن أننا سنكرر هذا التصرف بعد ذلك كثيرا، أما إذا كان رد الفعل سلبيا فأغلب الظن أننا سنفكر مرات ومرات قبل أن نكرر هذا السلوك من جديد. ماذا لو أنك طرحت فكرة معينة، فوجدت أنها تلقى هوى من زملائك أو رفاقك ، أغلب الظن أن حماسك سيزداد بعد ذلك ل طرح كثير من الأفكار الجيدة. وماذا لو أن شخصا أخذ يتابع امرأة غريبة عنه في الشارع محاولا مضايقتها، فإذا برجل بوليس يتصدى له مهددا إياه بالحبس أو الفرامة أن تكرر منه هذا السلوك .. على الأرجح أن هذا الشخص - إن كان عاقلا - لن يعود إلى هذا الفعل من جديد. بعبارة أخرى ، فإن العائد أو الآثار التي تحدثها استجاباتنا في البيئة تعدل من سلوكنا بعد ذلك . أن الكائن الحي ببساطة لا يتوقف في وقت من الأوقات عن إبداء استجابة أو سلوك معين فهو يضحك أو يبكي، يبتسم أو يكشر، يمتدح، ويفض، ويبكي ، ويبعد أو يقترب من الآخرين ، يتحدث ، أو يصمت يخاف ، أو يهدأ ، يشور أو يجمع نفسه .. الخ . وهو في كل ذلك يرغب في تغيير البيئة المحيطة به لتحقيق هدف أو رغبة معينة . وبعض جوانب من سلوكه هذا يؤدي إلى التغيرات المرغوبة . وبعضها لا يؤدي .

وإذا حدثت الآثار المرغوبة نقول بأن السلوك الذى أدى إليها قد أثبت وكوفئ ، وبالتالي نجد أنه يزداد شيوعا فى تصرفات هذا الشخص بعد ذلك . أما إذا لم يؤد سلوك معين إلى آثار مرغوبة

أو أدى إلى عكس ذلك أى إلى استهجان ( كما فى حالة جريمة قتل أو زنا أو سلوك انفعالى أو جنسى طائش ) ، فانتا نقول بأن هذا السلوك قد عوقب وبالتالي من المتوقع أن يتضاؤل أو يتوقف ظهوره بعد ذلك .

فالإنسان إذن يعيش فى عائد اجتماعى مستمر: يتصرف بطريقة معينة، فتزد عليه البيئة بشكل من أشكال الاثابة أو العقاب كعائد لتصرفات الكائن الأصلية. وهذا العائد (أو المردود) يسهم بدوره فى تشكيل الاستجابات التالية للكائن (أى بالتشجيع على زيادة الطيب منها، والتقليل من السيئ).

ويجعل « سكينر » من هذه الحقيقة موضوعا لنظريته فى السلوك ، فيطلق على جوانب السلوك التى تدعم من البيئة مفهوم السلوك الفعال Operant Behavior ، قاصدا الإشارة إلى نمط من الاستجابات يترك أثارا فعالة على البيئة لتوليد نتائج أو آثار معينة، وبالتالي يدعم أو ينطفئ بمقدار استجابات البيئة (أى العائد البيئى). ويطلق "سكينر" على العملية التى بمقتضاها يدعم نمط من الاستجابات بهذه الطريقة اسم التشريط الفعال \*.

\* وهو يختلف عن التعلم التقليدى كما صاغه بافلوف ، الذى يحدث بصورة آلية بسبب الارتباط بين المنبهات الأصلية (ظهور الطعام) والشرطية (صوت الجرس). فالاستجابة لصوت الجرس بأفواز اللعاب عند الكلب فى تجارب بافلوف يحدث بطريقة آلية انعكاسية .

إن التعلم الفعال عملية يستطيع الشخص من خلالها أن يتعامل بنجاح ببيئة جديدة. إن كثيرا من الأشياء التى تتضمنها البيئة كالطعام، والماء، الجنس، والهروب من الخطر ضرورية وأساسية لبقاء الشخص والنوع البشرى. وكل سلوك يؤدى إلى التوصل لهذه الأشياء يعتبر ذو قيمة أساسية لتحقيق البقاء .

والسلوك الذى له مثل هذه الخاصية يزداد شيوعه من خلال عملية تعلم الفعال. ولهذا يقال بأن السلوك حصيلة لما يتركه من نتائج أو آثار. هذا أيضا تسمى الآثار التى يحدثها السلوك فى البيئة مدعومات. وعلى هذا الكائن الذى يشعر بالجوع، يتدعم لديه وتقوى أنماط السلوك التى تؤدى التوصل للطعام. وبالمثل فإن السلوك الذى يقلل من خطر واقع كتجنب مكان مرتفعة من الحرارة - يتدعم نتيجة لهذه الوظيفة ويزداد شيوعه فى أوقف التالية" (١) .

وما نستنتجه من هذا هو أن مبدأ التدعيم يقرر أنه إذا كانت نتائج سلوك ايجابية فالمرجح أن يتكرر هذا السلوك . أما إذا كانت نتائج سلبية ، فالغالب أنه لن يتكرر ولن تحدث بالتالى عملية التعلم. ومن المتفق عليه بين علماء النفس السلوكى فى الوقت الراهن أن كثيرا من أبعاد السلوك فى حياتنا الإجتماعية، واتجاهاتنا، وفلسفتنا فى الحياة يحكمها مبدأ التدعيم. أضف إلى هذا السلوك المرضى أو الشاذ الذى يصدر عن نسيهم بالتخلفين عقليا، أو الفصامين أو حتى كما يصدر عن الأطفال العاديين. فالاستجابة للطفل كلما يبكى بحمله وعناقه ستؤدى فى غالب الظن إلى أن يصبح البكاء أسلوب حياة مفضلا لدى هذا الطفل كلما احتاج إلى تحقيق رغبة معينة. والمشكلات المختلفة التى تصدر عن المضطربين كالعنوان

والانسحاب، والتهجم والعزوف عن الاتصال، والسياب وغير ذلك من اضطرابات سلوكية تدعم على الأرجح نتيجة تدعيم خاطئ (\*) . فكما يدعم المجتمع أشكالاً جيدة من السلوك، قد يدعم أشكالاً شاذة. ولهذا فعندما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة علاجية تساعد على مواجهة كثير من المشكلات الإنسانية وتعديلها.

### والآن ما هو التدعيم؟

يشير مفهوم التدعيم إلى أى فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث استجابة معينة أو تكرارها، وذلك مثل كلمات المدح والتشجيع أو الإثابة المادية أو المعنوية لنمط معين أو أنماط من الاستجابات الصادرة عن الشخص. وقد يكون التدعيم ايجابياً أو سلبياً.

أما التدعيم الإيجابي فيشير إلى أى فعل أو حادثة يرتبط بتدعيمها للفرد بزيادة في شيع السلوك المرغوب. فقتقديم الطعام، أو قطعة الحلوى للطفل عندما يقوم بعمل محبوب يعتبر مدعماً ايجابياً لأنه سيؤدي إلى زيادة في شيع السلوك "المحبوب" لدى الطفل بعد ذلك. أما التدعيم السلبي فيتمثل في التوقف عن اظهار مدع كره أو منقر عند ظهور السلوك المرغوب وهو يؤدي بالمثل إلى زيادة في تكرار السلوك المرغوب. وذلك مثل توقف الطفل عن البكاء (تدعيم سلبي) عندما يحمله والداه (سلوك مرغوب)، أو توقف المجرّب عن توجيه صدمة كهربائية للحيوان (تدعيم سلبي) عندما تظهر منه الاستجابة الملائمة (سلوك مرغوب). أو التوقف عن اعتقال سجين

\* في كثير من القوي العربية تعامل الهلوس الصادرة عن المرض العقلي (المجاذيب) وضعاف العقول على أنها علامة من علامات الورع، ويعامل ضمايف العقول أحياناً على أنهم من أولياء الله.

المرضى (تدعيم سلبي) عندما يظن عن ولائه للنظام الحاكم (سلوك مرغوب من السلطة). في كل هذه المواقف نجد أن المدعّم (البكاء - الصدمة الكهربائية ... الخ) يتوقف ظهوره بحيث يؤدي هذا التوقف إلى زيادة في السلوك المرغوب فيه (حمل الطفل، السلوك المؤدى للهدف).

والتدعيم السلبي يشبه اندعيم الايجابى من حيث أن كليهما يؤدي إلى زيادة في السلوك المرغوب، لكنهما يختلفان من حيث أن أحدهما (التدعيم الإيجابي) يتضمن اعطاء أو تقديم شيء (مكافأة، أو تحبيذ) - عند ظهور استجابة المرغوبة، أما التدعيم السلبي فيتضمن حجب وتوقف ظهور مدعّم كره وكريه عند ظهور السلوك المرغوب.

والتدعيم السلبي بهذا المعنى يختلف عن العقاب Punishment لأن العقاب يتضمن اظهار منبه مؤلم ومنقر، أو التوقف عن التدعيم الايجابى عندما يظهر سلوك غير مرغوب. بعبارة أخرى، فإن التدعيم السلبي يهدف إلى زيادة شيع السلوك المرغوب بالتوقف عن التدعيم، أما العقاب فيهدف إلى التقليل من شيع السلوك غير المرغوب. وكمثال، على العقاب عقاب الطفل بالضرب، أو طرد تلميذ من الفصل أثر استجابات اجتماعية غير ملائمة (اثارة الضجيج مثلاً). وهناك ثلاثة أساليب من العقاب من شأنها التقليل من نمط السلوك غير المرغوب هي:

١- تقديم منبه منقر (الضرب، أو التجاهل) عند ظهور السلوك غير المرغوب.

٢- ابعاد الشخص عن موقف قد يعود اليه بالفائدة أو مدعّم سابق مثل طرد التلميذ من الفصل أثر اثارته للضجيج.



ج - تفريم الاستجابة غير المرغوبة بالانقاص من المدعمات السابقة (ويسمى هذا الأسلوب بتكاليف الاستجابة). وتعتبر الجزاءات المادية التي تفرض على السائقين عند خرق علامات المرور مثالا طيبا على هذا النوع. وكمثال على هذا أيضا عندما نستعيد مدعما كنا قد أعطيناه للطفل (لعبة، أو قطعة من الحلوى) عند ظهور سلوك غير مرغوب .

#### الاستخدامات العلاجية للتدعيم

المثال الآتي يوضح استخدام الأساليب السابقة في تغيير سلوك مريض قصامي مزمن ومحجوز آنذاك في إحدى مستشفيات الأمراض العقلية ولنطلق عليه السيد (س) .

#### حالة مريض عقلي

تم تشخيص السيد (س) على أنه مصاب بفصام مصحوب باصابة عضوية في المخ. وتدل كل التقارير التي جمعت عنه على أنه أخذ يتحول إلى حالة متعذرة، تفسد نظام العمل بالعنبر العلاجي، سواء باثارة المرضى الآخرين، أو ازعاج هيئة العمل بالمستشفى بطلبات غير واقعية لا تنتهى. وبسبب افتقاد المريض لأي نوافع مباشرة للعلاج تضررت معه كل محاولات الاصلاح وعزف العاملون عن التعامل معه. وعلى هذا تبلور الهدف العلاجي للمريض في ايجاد طريقة أفضل في تعامل بيئة المستشفى معه، بحيث يمكن بعد ذلك اغراؤه بتكريس أطول فترة ممكنة من وقته وجهده في الاجراءات

كجبة التي كانت تبذل له، وبحيث يتضام قلق العاملين عند التعامل معه، تالى يزداد اقبالهم على مساعدته."

"ولتحقيق ذلك تبلورت الخطوة الأولى في التوصل إلى فهم دقيق ووعى لسلوك المريض التي كانت تصدر عن المريض، وتحديد كيفية استجابة عاملين لها. وعلى هذا أمكن حصر أهم جوانب السلوك الكريهة في حالة (س) كما يلي: القبول والتبرؤ على أرض العنبر، الصياح، السب، ازعاج المرضى الآخرين والعاملين، نداء الأسماء بطريقة غير لائقة، الاصلاح في سجناء من المرضى الآخرين، الاصلاح في طلب أشياء منفرة بما في ذلك مثلا أن يوثق العاملون بباط حذاة .. وهكذا. أما الخطوة الثانية فقد هوت في تحديد كيفية استجابة العاملين لهذه الأنماط السلوكية البغيضة. فظهر واضحا أن سلوك السيد (س) غير اللائق كان يستثير اهتمام عاملين والتفاهم."

"وللتخلص من هذه الأنماط السلوكية الكريهة تم التفكير في طريقتين علاجيتين، نوقشتا مع بقية العاملين بالعنبر وهما:

١ - عدم اظهار أى اهتمام اجتماعى أى التجاهل التام، عندما تصدر منه هذه الجوانب السلوكية غير المقبولة.

٢ - اظهار الاهتمام مع اعطائه بعض المدعمات ( سجناء مثلا ) عندما يصدر منه سلوك يعتبر مقبولا من الناحية الاجتماعية. ولتحقيق ذلك تقرر تقديم اثابة مادية ملموسة في كل مرة يمكن فيها للسيد (س) أن يحتفظ بسلوك ملائم لمدة خمس عشرة دقيقة. وكانت هذه الاثابة عبارة عن بطاقة توضع في سجله الخاص، بحيث يجب أن يقدم له فوراً سجناءتان لكل بطاقتين. وقد أمكن أيضا استخدام هذه البطاقات

لارشاد العاملين بمقدار التقدم فى سلوك (س) وبالتالي لكى يمكنهم تدعيم أى سلوك ملائم يصدر عنه.

أما من حيث التغيير فى سلوك (س) فقد كان ملحوظا للغاية. فبعد يومين فقط قرر العاملون بأنه قد تحسن (إلى حد ما) ويعد ستة أيام من تنفيذ البرنامج قرروا بلئه تحسن (بطريقة حاسمة).

ومن الطريف أنه فى نهاية الأسبوع الثانى عزف المريض عن موضوع البطاقات. وقرر أن النقود التى يتلقاها بمناسبة الكريسماس ستتمكنه من شراء حاجته من السجائر. وفى نفس هذا الوقت بدأ العاملون أنفسهم يستجيبون بطريقة « تلقائية » وإيجابية لجوانب السلوك الملائمة، كما استمروا أيضا فى تجاهل جوانب السلوك غير المقبولة. فضلا عن هذا فقد بدأ السيد (س) بالاندماج فى جوانب أخرى متنوعة من السلوك المقبول من البيئة المحيطة به ولم تكن فى الحسبان عند تصميم خطته العلاجية الأولى وذلك مثل التقرب من العاملين والمرضى، والدخول فى مناقشات معقولة مع الزائرين. وهكذا لم يعد من الضرورى تقديم السجائر عند ظهور السلوك المقبول للحفاظ على المنجزات التى أحرزها مريضنا.

لقد تحول السيد (س) فى هذه الفترة من شخص أشعث، سباب ومتهجم إلى شخص قادر على إرضاء حاجاته الإجتماعية بطريقة ملائمة، وقادر أيضا على المساهمة مع العاملين فى نه يذ برنامج علاجه الصحى والنفسى.

يعتبر هذا مثالا طيباً لاستخدام مبدأ التدعيم وتطبيقه فى مجال السلوك المرضى. ان بؤرة سياسة علاج المريض هنا تكمن فى المبدأ البسيط لنظرية سكينر: غير البيئة وسيتغير السلوك من خلالها.

دعنا نفترض مثالا آخر: أم تصحب ابنها ذا العام الثامن للمعالج السلوكى موضحة أنه كان يبدى نموا لغويا عاديا إلى أن بدأ يذهب للمدرسة. ثم أن بلغ عامه السادس، ومنذ ذلك الحين تدهورت قدرته على الكلام، أصبح الآن أخرس بالتقريب. وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى. لقد أخذته لعدد من الأطباء، لكن الفحص الطبى لم يكشف عن أية باب عضوية وراء هذا العجز عن الكلام.

ان المعالج السلوكى بطريقة التدعيم هنا سيقضى فى الغالب عددا من جلسات مع الأم ومع الطفل محاولا تبين الظروف التى أحاطت بظهور هذا المرض، وبناء على هذا الفحص الدقيق يضع برنامجا من التدعيم الفعال يغير من هذا السلوك غير المرغوب.

فهم أولا قد يطلب من الوالدين أن لا يدفعوا الطفل بأى شكل من أشكال الكلام، لأن أى ضغط على الطفل فى هذا الاتجاه معناه خلق سمات منفرة مصاحبة للكلام. ثم يطلب ثانيا: أن يرى الطفل فى جلسات أسبوعية لمدة نصف ساعة أو ساعة كل مرة. ويكون قبل ذلك قد عرف من والديه أنواع الحلوى أو اللعب التى يحبها الطفل، حتى يجعلها متاحة للطفل فى العيادة وفق خطة معينة. وهنا يبدأ العلاج.

فى الجلسة الأولى قد يكشف المعالج للطفل ما يريد منه القيام به أو تحقيقه. وسيصحبه فى الغالب إلى حجرة مملوءة باللعب الجذابة، تاركا له حرية اختيار اللعبة التى تشد انتباهه أكثر من غيرها، محاولا الاشتراك معه فى اللعبة اذا سمح له الطفل بذلك. لكن فى كل الأحوال سينتبه المعالج إلى أى نشاط صوتى أو أى نشاط يرتبط بالكلام عند الطفل كبعض الأصوات الحلقية، أو حتى مجرد مهمة غير واضحة بالشفاه، وعند ظهور أى شكل

من أشكال هذا النشاط يقدم له فوراً قطعة من الحلوى التى يهواها طفلنا الابكم. ويستمر فى ذلك عند أى محاولة اقتراب من الكلام باعطاء قطعة اضافية من الحلوى. وبالطبع قد يزيد المعالج من التدعيم فبدلاً من قطعة قد يعطيه قطعتين من الحلوى عند ظهور السلوك المرغوب (النشاط اللفظى). وسيلاحظ المعالج أنه بعد عدد قليل من الجلسات عن هذا النوع، سيبدأ الطفل فى نطق بعض الكلمات لمعالجه.

ولأن المعالج يعرف أن السلوك نتاج لما يحدثه من آثار فى البيئة، فقد يغير من مدعّماته. فقد يمدح الطفل مثلاً لتقدمه فى الكلام ، ويقترح اعطاء لعبة صغيرة فى كل مرة ينطق فيها كلمة أو جملة. لقد وضع المعالج سياسته على أساس تدعيم السلوك المرغوب ، وسيبدأ بعد ذلك فى التوسيع من نطاق التدعيم الإجتماعى. وبناء عليه فقد يطلب من الوالدين بعد هذا أن يستمرا فى نفس سياسة التدعيم الفعال. انه يبين لهما أنهما حتى الآن يقومان خطأً بتدعيم السلوك غير المرغوب بطريقة غير مقصودة . فدفعهما وضغطهما على الطفل للكلام لا يشجعانه على الكلام بمقدار ما يشجعانه على الصمت والانسحاب. ان عليهما منذ الآن أن يتجاهلا تماماً الطفل اذا ما صمت، وان يبدأ كل مظاهر الاهتمام عندما يتحدث أو يبدأ أى نشاط قريب من الكلام. وفى هذه المرحلة بالطبع ينتقل المعالج بالعلاج من العيادة إلى البيئة الحقيقية.

أما المرحلة النهائية فهى تبدأ أيضاً فى توسيع مجالات التدعيم الإجتماعى. لهذا يطلب المعالج من الوالدين أن يقوما بدعوة الأصدقاء الذين خلقون جواً من الطمأنينة والأمان للطفل، وأن يبعدها فى هذه المرحلة عن زملاء الذين يكثرون من النقد، كذلك يطلب منهما أن يبلغا الأصدقاء بنفس

سبة أى تجاهل الخرس والصمت، وإبداء الاهتمام والتشجيع عند أى متصل بالكلام. ولكى تتسع بالتدريج دائرة التدعيم الإجتماعى ، قد يعالج بالمدرسين والمشرفين على تعليم الطفل ، موجها لهم نفس مبادئ القائمة بشكل عام على اطفاء السلوك غير المرغوب (الخرس) من التجاهل، والتدعيم الفعال للسلوك المرغوب (الكلام) أو النشاط اللفظى. نلاحظ ابداء الاهتمام. أننا قد نلاحظ لفرط دهشتنا أن الطفل الآن قد لسانه من عقاله ، وأصبح فيما لا يزيد عن أربعة أو خمسة شهور على التعبير الطلق الملائم لعمره الزمنى .

فى هذا المثال التصورى تتركز اجراءات العلاج بطريق التدعيم. وفى الصفحات التالية سنكشف بالتفصيل عن اجراءات العلاج. ثم استخداماته فى المجالات المختلفة لتعديل السلوك البشرى .

### أدوات العلاج السلوكى بطريق التدعيم وأساليبه

من المهم بادئ ذي بدء أن نبدأ أولاً : فى التحديد الدقيق لأنواع السلوك التى نريد أن نقوم بتغييرها عن طريق التدعيم الفعال. ويطلق سكينر هذه المرحلة اسم التشخيص وفيها نقوم كما رأينا فى الحالة السابقة بالابكم بجمع بعض المعلومات عن تاريخ الشخص ، وعن الظروف التى سادت بتوليد السلوك الذى يحتاج للتعديل ، كذلك يجب أن نولى اهتمامنا ظروف البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها المريض .

والإجراءات التي يقوم بها المعالج السلوكي في هذه المرحلة تختلف في أهدافها عما يقوم بها المحلل النفسي مثلا . ان المعالج السلوكي يولي اهتمامه هنا الهدفين رئيسيين :

١- التحدد النوعي : للسلوك المرضي .. أي ما هو السلوك الذي يتطلب العلاج والتغيير ، ويسمى هذا بالسلوك المحوري ( عجز عن الكلام ، اضطراب فكري ، تهته ، هلاوس ، اندفاع انفعالي ، انسحاب ، عدوان ، خوف .. الخ ) بعبارة أخرى فان المعالج في بحثه عن نمط الاستجابات المرضية يهتدي بالتعريف الشائع للسلوك المرضي على انه السلوك الذي لا يستريح له الفرد أو يؤدي الى نتائج سيئة ومؤله ، اما للفرد نفسه أو للآخرين أو لكليهما . وكل سلوك من هذا النوع يستدعي بالطبع التعديل والاهتمام والعلاج . اما المعالج بطريق التحليل النفسي فهو لا يهتم غالبا بالتحديد الدقيق الواضح لانماط السلوك التي تحتاج لعلاج ، ويهتم بدلا من هذا بصياغة مفاهيم مجردة عن طبيعة الاعراض المرضية .

فهو قد يرى مثلا ان المريض "يتلعجج" بسبب خوف قديم من الاب ( عقده اوديب ) ، أو يتجه للتعامل مع جوانب السلوك التي تعود بالخطر على الآخرين على أنها دلاله على ضعف في بناء الضمير بسبب اساليب خاطئه في التنشئة . بينما يكون اهتمام المريض لتأكيد ذاته مع الآخرين واجبا لخوف طفلية قديمة لم تحل في طفوله المرضي .. وغير ذلك من المفاهيم التحليلية الشائعة .

لهذا فان الخطه العلاجية للمحلل النفسي غالبا ما تهتم بمحاولة التغيير من نمط الشخصيه كلها على أمل أن ذلك سيؤدي آليا الى علاج

شكله أو الاعراض التي أدت للعلاج . اما المعالج السلوكي الحديث فيولي اهتمامه للاستجابات المرضيه أو للاعراض ذاتها واسما خطته على الاساس . ويكون هدفه هنا هو تدعيم السلوك الايجابي وايقاف السلوك الضار بشقي أنواع التعلم .

٢- الاهتمام المباشر بالظروف المحيطه بتكوين السلوك المرضي (أي أدى للعلاج ) وهنا ايضا يختلف المعالج السلوكي عن المحلل النفسي أنه لا يهتم بتاريخ المريض هكذا مجرد ، بل انه يولي اهتمامه لانماط تفاعل بين الفرد والبيئه التي احاطت ببدايه تولد العرض . اذا اكتشفت ، أن عيبا مرضيا معيناً قد بدأ في بدايه الالتحاق بالمدرسه ، فانه أول ان يتكشف الاسباب في اطار مفهوم الاستجابة والتدعيم ، أي في بحث عن الاخطاء التربويه التي ارتكبت في حق هذا الشخص ( بسوء نية بطن نية ) مما ادلى الى الاضطراب . وقد يكتشف أن البيئه المدرسيه تدعم بطريقه غير مقصوده هذا السلوك بسبب الخفض ، والدفع الشديد لحصيل وغير ذلك من العوامل التي تؤدي الى اثاره تعطل نمو السلوك سليم .

وعند تعرض المعالج السلوكي لدراسة الاثار المباشره للبيئه التي طلت بتولد العرض المرضي يهتم باطاره النظري العام وهو ان السلوك محوري (القلق مثلا) نتاج رئيسي لاستجابات البيئه للسلوك الانفعالي العام للشخص .. أن البيئه المحيطه تستجيب للفرد بطريقه تؤدي لتدعيم والتوتر بدلا من تدعيم الاتزان الوجداني . أما المحلل النفسي فهو العكس من ذلك تماما قد يهتم بتاريخ حياة الشخص ، وتشجيعه على الطليق للطفولة وتكون هذه الاشياء هي المحور الاساسي للعلاج .

ان هدف المحلل النفسى فى هذا الاتجاه يتجه باختصار لجمع المعلومات عن تاريخ حياة المريض بون اهتمام مباشر بأنماط الخلف فى تدعيم السلوك المرضى وبون تحليل سلوكى للشروط المحيطة بتكوينه .

ثانيا : العلاج ..

يعترف الكثيرون بدور العلم فى التشخيص ، وجمع المعلومات عن المريض ، والظروف المحيطة بتكوين الاعراض ، وكيفية عقد المقابلة الشخصية ، وتصميم ووضع الاختبارات التى تساعد على التحديد الدقيق للسلوك المريض . لكن الكثيرين قد يرون أن دور العلم يتوقف عند هذه النقطة ، لكى يبدأ العلاج النفسى بعد ذلك متروكا لذكاء المعالج الشخصى ، وخبراته ومصيرته ، وقدرته على التأثير والحكم الجيد . وتتفق مع « سكينر » فى أن هذا نموذج لسوء الفهم لدور العلم وتطبيقاته فى السلوك الانسانى ، ان دور العلم لا يقف عند مجرد وضع اختبار جيد للذكاء يساعدنا على تحديد نسبة التخلف العقلى ، أو وضع اختبار للشخصية يساعدنا على تحديد طبيعة الاضطراب السلوكى ومقداره . أن جمع المعلومات هى الخطوة الاولى فى التحليل العلمى من أى نوع . اما الخطوة الثانية فهى

• قد يزعم بعض المطلقين القسمن أن جمع معلومات عن تاريخ الحياة ايضا مرحلة سابقة للعلاج . لكن من المؤكد مع هذا أن العلاج التالى القائم على جمع تاريخ حياة المريض غير قائم على تحليل سلوكى دقيق للشروط المحيطة بتكوين العرض . ومع هذا فان بعض المطلقين النفسين ينجحون فى علاج مرضاهم . لكن يبدو مع هذا أن كثيرا من جوانب هذا النجاح تعود لاستخدام هؤلاء المحللين أساليب من التعصيم لكن انشغالهم بمفاهيم فرويد النظرية يعصم عن التنبه لتدخل هذه المتغيرات .

جميع علاقات وظيفية بين المنبهات والاستجابات أى تحديد المتغيرات التى تدفع على التغيير من سلوك أو نمط سلوكى معين . بعبارة اخرى تتركز الثانية فى ضبط تلك المتغيرات السابقة والتحكم فيها على أمل التغيير فى السلوك الناتج ( الاضطراب السلوكى ) والتحكم فى السلوك بالغانه أو التخفف منه هو ببساطة العلاج النفسى . وبناء على هذا فان بعيد الملامم سيساهم مساهمه اكبر فى العلاج لان منطق العلم اساسا التجريه وضبط المتغيرات.

فى مرحلة العلاج يكون هدف المعالج السلوكى أساسا هو المساعدة على الدقيق لأنماط السلوك السوى التى يتجه اليها اهتمام المريض ( تأكيد التخلي عن العدوان ، القدرة على رعاية النفس والتوقف عن تعاطى ارات أو مشروبات كحولية .... الخ ) . كذلك مقدار شيوع هذه الانماط كية الجديدة ، أى تكرارها وظهورها اكثر من انماط السلوك المحورى ب تغييره والتخلص منه .

ويستعين المعالجون السلوكيون بأساليب متعددة لعلاج وتعديل السلوك . وفيما يلى أمثلة لاهم الاساليب المستخدمة وتطبيقاتها :

تتضمن تطبيقات العلاج النفسى بالتدعيم الاساليب الخاصة بالتعلم الانسانى والحيوانى . بعبارة أخرى، فإن مفاهيم نظرية التعلم التى صاغها سكينر وتلامذته تستخدم فى مجال تعديل الاضطرابات النفسية والعقلية . وعلى سبيل المثال هناك تقارير منشورة متعددة تبين أن بعض هذه المفاهيم قد أمكن توظيفها فى المجال العلاجى ويؤدى بعضها الى نتائج ايجابية واضحة . صحيح أن كثيرا من المفاهيم النظرية لم يمكن بعد توظيفها بنفس النجاح ، الا ان ما امكن توظيفه يوحى بالامل فى مستقبل طيب فى التعامل مع السلوك الانسانى المرضى . ولعلنا لا ننسى أن الدخول بنظرية التعلم الى التطبيق العلاجى حدث فى فترة متأخرة نسبياً عن تطبيقات هذه النظرية فى المجالات الأخرى ، لكن النتائج حتى الان توحى بأن تنفيذ هذه الأساليب يؤدى الى تعديلات واضحة ملموسة فى انماط الاضطرابات والأمراض النفسية . وفى الأجزاء التالية سنناقش استخدامات بعض هذه المفاهيم فى مجالات العلاج الجمعى ، أو الضبط الجمعى للسلوك المرضى فى مؤسسات الصحة العقلية .

يرتبط بعض المعالجين الى تدعيم الاستجابات المرغوبة بتقديم مدعّمات مباشرة مثل الطعام والشراب . بعبارة أخرى فى هذا النوع من العلاج الاهتمام المعالج الى تدعيم الاستجابة المرغوبة بارتضاء حاجة او رغبة فورية أو جوهرية فى بقاء الانسان وتكامله . وبالطبع نتيجة لان تقديم هذا النوع من التدعيم وحجبه (فى شكل تدعيم سلبى) محوط باعتبارات أخلاقية ، لهذا نتوقع عدم استخدامه فى الحالات المرضية المعقدة .. ومع ذلك هناك معينة ذكية يمكن للمعالج ان يستخدم التدعيم الاولى المباشر حتى علاج الحالات المستعصية . فعلى سبيل المثال يمكن استخدام تدعيمات ذات طابع ترفيهى مثل الحلوى والسجائر والفاكهة فى تدعيم السلوك جيد . ولقد امكن لبعض المعالجين أن يقدموا بعض هذه المدعّمات ( الحلوى ومشروبات غازية- سجائر) مع بعض المرضى البكم ( أو الاشبه بالبكم ) فعية القدرة على الكلام لديهم. وبالرغم من أنه تبين نجاح هذا الأسلوب فى زيادة معدل الكلمات المنطوقة واستمرارها من المؤسسة ، فإن نسبة الكلام التى تتكون بهذه الطريقة غالبا ما تكون للأسف ذات طبيعة آلية ، أو خالية من التفانيّة .

وتتفق مع المعالجين المعاصرين في ان استخدام المدعمات الأولية مباشرة من أكثر المجالات العلاجية التي يثور حولها الجدل ، خاصة فيما يتعلق بحقوق المرضى المحجوزين في المستشفيات . ان الامتناع عن تقديم طعام أمر تحوطه اعتبارات خلقية وقانونية بطبيعة الحال . ولهذا يقدم في الباحثين أنواع من الاطعمة الترفيحية أو المخلفة بشكل جذاب ، بعضهم يرى أن من حق المريض أن يتناول وجبة غذائية ملائمة من حيث شروط العامة للصحة ، لكن اذا تعلق الامر بحصول المريض على طعام يهوى فان عليه أن يتصرف بطريقة ملائمة حتى يحصل عليه ، ثم ليس ما يتطلبه المجتمع الخارجى ويعامل أفرادہ على أساسه ؟ .

دعيم الاجتماعى :

من أكثر اساليب التدعيم العلاجى شيوعا فى الوقت الراهن ما يسمى دعيم الاجتماعى ، أى تلك الاساليب التي تتضمن التقديم المنظم للتدعيم اجتماعى مثل : المدح والتعزيز والتشجيع وابداء الاهتمام عند ظهور استجابة المرغوبة . ومن المؤكد ان التدعيم الاجتماعى الايجابى من المل التي تقوم بدور هام فى الحياة الاجتماعية بشكل عام . وعلى سبيل المثال ، فان ارتفاع مستوى الاهتمام بالالعاب الرياضيه بين افراد مجتمعنا يبينونه من حماس نحو ألعاب كره القدم مثلا يقوم بدور فعال فى زيادة عدد اللاعبين انفسهم ، ويشد كثيرا من افراد المجتمع نحو هذا المجال .

يس القفز تولى المجتمعات المتقدمة اهتمامها للانجاز العلمى والنجاح العلمى ، فقيم الجوائز التشجيعية ، والمنح الدراسية ، وتسترشد بأراء طاقمها ، وتوجه نحوهم الاضواء ، وهى بالتالى تشجع الروح العلمية فتذب اهتمام كثير من الشباب الصغار نحو هذا المجال . ترى كيف يمكن ان يكون حالنا لو أننا قدمنا من التدعيم الاجتماعى لمجالات الفكر والثقافة علم نصف ما نقدمه للمجالات الاخرى ؟ .

وفى المجال العلاجى رأينا نموذجا لاستخدام الاهتمام والتشجيع فى حالة الطفل الابكم عندما كانت تصدر منه مظاهر من النشاط اللفظى أو القوى . ويلعب المعالج ( كمدعم اجتماعى ) فى جلسات العلاج النفسى دورا هاما فى تأكيد وابرار جوانب السلوك التكيفى ، مثال هذا أن يقوم بتشجيع شيوع الافكار المنطقية المعقولة فى المرضى العقلين بشتى أنواع التشجيع والتعزيز وابداء الاهتمام كما فى المثال الآتى :

المريض : ( هو مريض عقلى فصامى ، مضطرب التفكير ) : اننى لا أعرف فى الحقيقة مشاعرى نحو والدائى .. نعم أنا أعرف أنهما حيائتى ويهتمان بى .. ويبديان اهتمامهما بى فى كثير من المواقف ، لقد تلقيت منهما هدية لطيفة فى الاسبوع الماضى .

المعالج : ( يشعر بأن المريض هنا يقدم تعليقاً اجتماعياً  
سحبياً ومزاجياً ، يلقف ويوجه كل اهتمامه للمريض ، ويتقسم  
وقته وتشجيع ) : جميل معنى هذا أنك تريد أن تقول بأن « والدائ  
مباني بدليل أنهما يبديان اهتمامهما بى ويرعايتى » .

المريض : هذا صحيح . لكن هناك شيئاً يحيرنى يا دكتور ، لماذا يأمر  
لدى العمال بأن يضعوا أدوات الترفيه فى وسط الطريق .

المعالج : ( يشعر بأن المريض قد عاد لاضطرابه الفكرى  
و المنطقى ، يعمل بيقظ اهتمام ، يشيح بنظره بعيد نحو  
الأفكار ويغير موضوع الحديث ) : كيف قضيت اجازتك فى الاسبوع  
نفسى ؟ .

ولأن المعتقد أن التدعيم الاجتماعى بالانتباه والمدح والتعزيز يلعب  
هاماً فى شيعور أنماط السلوك المحورى أو المرغوب فإن هناك بعض  
مثيرين ممن يرون بأن التدعيم الاجتماعى عندما يكون مصحوباً بمدعمات  
مادية ( مكافأة مادية مثلاً ) بطريقة منظمة تزداد آثاره التدعيمية أكثر مما  
تعمل وحده . ومع ذلك فإن هناك من يرى أن التدعيم الاجتماعى القائم  
بمدح والتعزيز يعتبر فى حد ذاته نواتج فعال بالنسبة لكثير من المرضى  
لأن أن يكون مصحوباً بمدعمات مادية أخرى ، وأنه عندما يستخدم  
يمكن أن يؤدي وحده الى تغييرات محسوسة فى السلوك المرضى .  
مثال على ذلك حالة المريض الفصامى ( السيد س ) التى عرضنا لها  
صفحات السابقة ، والتى تصور لنا الامكانيات المختلفة التى يمكن أن

فى اليها السلوك عندما نولى اهتمامنا للسلوك المرغوب ونتجاهل السلوك  
المرغوب .

كذلك تبين أن تجاهل السلوك المرضى بين الفصاميين قد أدى الى  
ملاحظات ملحوظة فى جوانب الاضطراب التى تظهر منهم . فقد ثبت فى  
بعض الدراسات (٢) وجود تغييرات ملموسة ، وتناقص ملحوظ فى نسبة  
الهلوس ( السمعية والبصرية ) والتفكير غير المنطقى والمفكك فى مريض  
سسمى نتيجة لجرد الابتعاد عن المريض عندما تحدث مثل هذه الانماط  
الهلوسية ( الهواجس والتفكك فى التفكير ) والاقتراب منه مع الاهتمام  
بالماس عندما يتحدث بطريقة مرغوبة ( خلو من الهلوس ويقدر مرتفع من  
الانسك ) .

وفى حالة اخرى لمريض فصامى ، عزف عن تناول الطعام فى  
مستشفى ( لى سبب واضح ) حتى أصيب بهزال شديد ، وتناقص وزنه  
لأن أصبح فى وقت ممارسة العلاج لا يزيد عن ثمانية وخمسين رطلاً  
لأن يقرب من ستة وعشرين كيلو جرام ) ، استطاع المعالج باستخدام  
مكافأة مادية عندما يتجه المريض للطعام ، والتجاهل عندما يعزف عنه  
يساعد المريض على تكوين عادات غذائية سليمة فيما لا يزيد عن خمسة  
أيام (٣) .

كما استخدم أسلوب المدح فى محاولة ناجحة لزيادة تدعيم الوعى  
بالعلاقات الشخصية والاجتماعية وتدريبها بين مجموعة من المرضى العقلين  
بمجرد تعليم المرضى بأسماء المرضى الآخرين والاشخاص الآخرين فى  
البيئة (٤) .



ويستخدم التدعيم الاجتماعي واللفظي في علاج عيوب الكلام التي تنتج بسبب عوامل اجتماعية سيئة، وذلك بالتقليل من تلك العوامل الاجتماعية أو التخلص منه مع تكوين أنماط صحية جديدة من العلاقات الاجتماعية تساعد على اختفاء عيوب الكلام.

ويستخدم أسلوب التجامل بنفس النجاح في تعديل المشكلات التي يبيها الأطفال كالبكاء والغناد والتدريب على الإخراج والعنوان وغير ذلك. لقد أمكن، على سبيل المثال إيقاف طفل في الرابعة من عمره في مدرسة للحضانة من نوبات بكاء مستمرة وصراخ دون سبب واضح بمجرد تجاهله عندما يبكي وإبداء الاهتمام والرعاية به عندما يتوقف عن ذلك، وذلك في فترة لا تزيد عن خمسة عشرة يوما. ويطلق المعالج السلوكي الذي قام بعلاج هذا الطفل على ذلك في العبارة الآتية:

« لقد لاحظنا الطفل لأيام متعددة عندما طلب منا مساعدة المشرفين على دار الحضانة في إيقاف بكائه وعويله المستمر دون سبب واضح. وفي أثناء الفترات التي لاحظنا فيها الطفل قنما بتسجيل عدد نوبات البكاء في كل يوم فثنين أن ثمانية نوبات من البكاء في المتوسط تحدث في كل صباح في الفترة الممتدة من الثامنة حتى الثانية عشر ظهرا. واكتشفنا أثناء ملاحظتنا أيضا أن نوبات البكاء والصراخ التي كانت تتملك الطفل كانت تشد اهتمام المدرسين مباشرة فيهرعون له محاولين إسكاته وملاطفته حتى يتوقف عن البكاء. »

« ولقد أمكن باستخدام التدعيم الإيجابي عندما يندمج الطفل في نشاطه العادي والتجاهل عندما يبكي أن تتوقف نوبات بكاء الطفل تماما في خمسة عشر يوما. لقد توقف الطفل عن إبداء أي مشكلات نتيجة لهذا الأسلوب البسيط. » (٥).

والحقيقة أن استخدام أسلوب التدعيم مع مشكلات الأطفال يتم بنجاح فيما تثبت غالبية البحوث المنشورة عن هذا الموضوع. ويبدو أن السبب الأساسي في هذا يرجع إلى سهولة ضبط البيئة المحيطة بالطفل أثناء العلاج. لكن المشكلة التي تواجه المعالج السلوكي تتركز أساسا في المنزل. فإنه يجب أن تكون البيئة المنزلية متفقة لأساليب العلاج السلوكي. أساسيات النظرية حتى يتم في المنزل تعميم التغييرات الملحوظة في العبادة، التالي في العالم الخارجي.

لهذا يولي المعالجون اهتماما ملحوظا لتدريب الآباء أو المشرفين في أساسيات على المبادئ الأساسية لتعديل السلوك، وهنا من المهم أن يور إلى أن كثير من الآباء يعتبرون مسئولين مسئولية رئيسية عن ظهور مشكلات السلوكية لدى أطفالهم لعجزهم عن ضبط هذه المشكلات بأساليب بسيطة كالتدعيم. ولهذا يلجأ المعالجون إلى تعليم الآباء والمشرفين مبادئ الرئيسية العلمية لتعديل السلوك في لغة بسيطة، ويضمنون نجحتهم شرحا بسيطا لبعض تجارب التعلم بالمكافأة والاثابة، التماثل بين الإنسان والحيوان في كثير من الحددات البيئية للاستجابة، كذلك يوضحون لهم أنهم (أي الآباء) مسئولون عن تكوين هذه المشكلات من خلال أنماط التدعيم الخاطئة التي يكشفونها للطفل عندما يظهر منه سلوك غير مرغوب.

ولتدريب الآباء والموجهين تكريبا فعلا على استخدام التدعيم تستخدم بعض المراكز للعلاج النفسي في الولايات المتحدة الأمريكية حجرات ملاحظة تسمح للمعالج بمشاهدة كيفية التعامل بين الآباء والأبناء. وتصنع هذه الحجرات بحيث أنها تسمح لمن هو خارجها (المعالج) أن يشاهد ما يدور

التي المثبتة بانثنيها بحيث لا يراها الطفل ) .

العلاج (متخللاً) : لاستجيبى لبيكاته ، استمرى فى قراءاته .

الأم ( يرتفع بكاه وعويله ) : أنت لماذا لا تجيبى ؟

( تبعد الجريدة . توشك أن تستجيب لبيكاته ) .

العلاج : ( من خلال الميكروفون ) لا تهتمى . استمرى فى التجاهل والقراءة

هائى أن تتجاهلى الآن هذا البكاء مهما بدا لك هذا صعباً . دعينا نرى

ماذا يحدث بعد ذلك .

الأم : يعود للمكعبات يستأنف اللعب بها بهدوء . بعد لحظات قليلة يقوم :

بمسحى هل يمكنك أن تساعدنى فى بناء هذا الجزء من المكعبات .

العلاج ( للام من خلال السماعة اللاسلكية ) : الان يمكنك ان تساعدني وأن

تساعدي له اهتمامك لانه لا ييكي .

( تتجه نحو الطفل ) ، بكل سرور يا حبيبى طالما انك تطلب معونتي دون

أداء . وبطريقه لطيفه .

العلاج ( للام ) : هذه استجابة جيدة .

فى هذا المثال السابق يتضح لنا أن مجرد مخاطبة الأم مباشرة

يساعد على توضيح معنى التدعيم ، ويبين لها بصورة محسوسة كيف أن

طرق تفاعلها السابقة لا تصلح لمعالجة السلوك غير المرغوب . كذلك يبين لنا

أن المعالج يدعم بدوره الاستجابات الملائمة كما تصدر عن الأم ، ويصحح

لها الاستجابة الخاطئة . وفى حالات كثيرة عندما يعجز الآباء أو المشرفون

على الأطفال عن التقاط السلوك الملائم ، قد يتجه المعالج بنفسه لداخل

الحجرة الزجاجية وتنقل الأم لخرجها حتى تشاهد كيف يتعامل المعالج مع

بداخلها ، بينما لا يستطيع من بالداخل أن يرى المعالج الذى يلاحظ ما يدور  
( بين الأم والطفل مثلاً ) . والهدف من هذه الحجرات فيما هو واضح ملاحظة  
السلوك فى جو طبيعى غير مصطنع وبحيث لا يعرف الطفل أو الأطفال أن  
هناك ما يلاحظ تصرفاتهم فى الخارج . وغالباً ما تكون هذه الحجرات  
مزودة بسماعات لا سلكية ، يمكن من خلالها أن يوجه المعالج تعليماته للآباء  
أو الأم بشكل مباشر عندما تصدر منهم أنماط خاطئة من السلوك مقترحا  
عليهم استخدام أنماط جديدة من الاستجابات . والمثال التالى يوضح لنا  
كيف يتم ذلك فى حالة أم تشكو من كثرة بكاء طفلها ، ونشاطه العشوائى .

الأم فى داخل الحجرة الزجاجية تقرأ فى الجريدة الصباحية ، بينما  
ابنها ذو الريع الخامس يلعب على بعد متر منها ببعض المكعبات . جاءت  
الأم بالطفل لمركز العلاج النفسى لعجزها عن تعديل بعض المشكلات التى  
أخذ يثيرها الطفل منذ عامين : فهو كثير البكاء ، ولا يكف عن النشاط  
العشوائى والحركات الزائدة مما سبب للأسرة كثيراً من التعاسة . المعالج  
السلوكى خارج الحجرة يشاهد ما يدور بداخلها . ويحدث عندئذ الحوار  
الآتى :

الأم ( داخل الحجرة ) : اننى أحب هذا البناء الذى اقمته بهذه المكعبات .

الطفل ( يهد البناء بغضب ) : لكنه لا يعجبني اطلاقاً .

الأم : جائز .

الطفل ( ينخرط فى نوبة بكاء ونهنية ) : لماذا قلت انه يعجبك ؟ لماذا ؟

الأم ( توشك على الاستجابة عندما يتحدث لها المعالج من خلال السماعات

الشخص صاحب المشكلة ، ويسمى هذا تعديل السلوك من خلال الاقتداء ومحاكاة الطرق السليمة في التصرفات.

وعلى العموم ، فإن التدعيم الاجتماعي يعتبر عنصراً قوياً من عناصر التغيير في سلوك المرضى النفسيين والعقليين ، فضلاً عن المتخلفين عقلياً. لكن هذا لا يمنع من التحذير من نقاط معينة سنتحدث عنها عند الحديث عن المشكلات العملية والخلقية التي يثيرها استخدام التدعيم في الوقت الحالي. متى يكون التدعيم فعالاً ؟

والآن وبالرغم من ضرورة التدعيم لحدوث التعلم والتغير ، فقد لا يكون أحياناً فعالاً. فقد ينشط أحد الأطفال في الظهور بمظهر جيد إذا ما وعدته بقطعة نقدية ، بينما لا يؤثر ذلك في سلوك طفل آخر. ونفس الطفل قد تختلف استجابته لنفس المدعم من وقت إلى آخر. فقد يتوقف عن البكاء إذا قدمت له قطعة من الحلوى ، لكنه لا يفعل ذلك في موقف آخر لا يكون فيه جائعاً أو محتاجاً لهذه القطعة. ويدل هذا على أن التدعيم لكي يكون فعالاً يجب أن تتوافر فيه بعض الخصائص.

فالشئ المستخدم كتدعيم يجب أن يكون محبوباً ومرغوباً من الشخص ، أي يجب أن تكون له قيمة ما عند الشخص. وهذه القيمة هي التي ستحدد ما إذا كان الشخص سيبدل جهده للحصول على الشئ. فبعض الناس ( خاصة الأطفال وضعاف العقول ) يبذلون أعظم الجهد في مقابل المأكولات والحلوى ، وبعضهم يفضل تقدير الآخرين. وبعضهم يفضل كلمات مديح بسيطة ، وبعضهم يفضل المركز الاجتماعي والبعض يفضل الانتماء في نشاط اجتماعي بناء. وفي حالات متعددة يصل التدعيم للدرجة مجردة كما في حالة الفنان المبدع الذي يسعده أن يجد تقديراً لفنه أو أن

أن عمله قد أحدث بعض التغيير في بيئته. يتطلب هذا إن أن يكون التدعيم موجهاً ومرتبكاً بالفروق الفردية.

وتشير النقطة السابقة سؤالاً أكثر عمقاً ويتعلق بالسبب الذي تختلف المدعمات من شخص إلى آخر. لماذا يفضل بعض الأطفال الحلوى ، لماذا يفضل البعض الآخر قطعة نقدية ، أو لعبة ؟ وبين البالغين ، لماذا يكون المال هو المدعم الرئيسي بينما يكون المركز الاجتماعي أو الشهرة هو المدعم في البعض الآخر ؟ يمكن القول بشكل عام أن الخصائص التدميمية تختلف من شخص إلى آخر بسبب احتياجات هذا الشخص ، حسب ظروفه الاجتماعية السابقة. ومن الشيق أن نشير إلى بعض الجارب التي بينت أن نتائج التدعيم تتفاوت بتفاوت الطبقة الاجتماعية. فخص من هذا دراسة أجراها بريماك Premack (٦) أطفال من الطبقات المتوسطة بينت أن إعطاء قطعة من الحلوى لا يؤدي إلى تدعيم السلوك المرغوب كالاستمرار في أداء لعبة معينة ، بل على العكس تبين له أن اللعب بلعبة معينة هو الذي يقوم بدور المدعم لتناول قطعة من الحلوى. ويختلف هذا الاتجاه في أطفال الطبقات الفقيرة ، حيث تبين له أن قطعة الحلوى تقوم بدور تدعيم للاستمرار في اللعب ( الأرجحة ) بعبارة أخرى فإن تعديل سلوك الأطفال في الطبقات المتوسطة يجب أن يتخذ سياسة تدعيمية تختلف عن تدعيم الأطفال في الطبقات الفقيرة .

ومن العوامل التي تساهم في فاعلية التدعيم سرعة تقييم التدعيم أو ما يسمى بالتدعيم الفوري أثر الاستجابة أو السلوك المرغوب. ذلك لأن الشخص يتعلم السلوك في وقت إعطائه التدعيم فإذا تأخر التدعيم عن ذلك فقد يفقد دلالاته ، لأنه قد يأتي فور الانغماس في شكل سلوكي آخر غير

استمر الحيوان في اظهار الاستجابة لسته آلاف مرة قبل أن يتوقف ، وهو عند أطول بكثير من عدد المرات في حالة الحيوان الذي تدعمت لديه الاستجابة بفعل التدعيم المستمر. وكذلك الامر بالنسبة للسلوك البشرى الذى نرغب فى اكتسابه الاخرين أو اكتسابه بالنسبة لنا نحن . فتعليم الطفل مثلا لبس ملابسه بفعل التدعيم المتقطع ، المدح بين الحين والآخر كلما نجح فى لبس حذائه مثلا ، يؤدي الى اكتساب المهمة الجديدة بطريقة أسرع وأفضل مما لو كنا نسرف فى اعطاء التدعيم بصورة مستمرة.

ولا يتعارض التدعيم المتقطع مع فكرة التدعيم الفوري التى اشرنا لها. فقد يكون التدعيم متقطع وفوريا فى نفس الوقت ، بل ان من الواجب كذلك اذا ما كنا نضبو الى جعل التدعيم قوى الفاعلية.

## مشكلات يثيرها استخدام التدعيم

### فى تعديل السلوك البشرى

الآن وقد عرفنا معنى التدعيم وأساليبه ، والموامل التى تؤدي الى فاعليته ، أصبح الطريق ممهدا للحديث عن بعض المشكلات التى يثيرها استخدام هذا الاسلوب بالنسبة لاهتماماتى العلاج بالتدعيم وبالنسبة للرأى العام أيضا.

فمن ناحية نجد أن المهالجين السلوكيين فى الفترات المبكرة من اكتشاف نظرية "سكينر" كانوا يبينون اهتمامهم بتدعيم السلوك المرغوب ، وتجاهل السلوك غير المرغوب بشتى الوسائل التى عرضنا لها فى الصفحات السابقة من هذا الفصل ، وذلك دون النظر لطبيعة السلوك الذى يقومون بتدعيمه. وقد أدى ذلك الى الازعاج التام لامكانية أن يكون السلوك نتيجة

لشروط سابقة ، أو ربما يكون المريض قد قام بهذا السلوك بطريقة متعددة. بل مثل هاتين الحالتين يصعب أن يؤدي التجاهل الى ازالة هذا السلوك ، بل على العكس قد يؤدي الى مزيد من الاستجابات السلبية. افترض أن أيضا فصاميا قد أعطى عقارا تهدئته فاصيب بعد هذا ونتيجة للدواء تظهر سلوكيات منها التبول والنعاس والتعاقص. ان تعديل هذه الانماط السلوكية دون التوقف عن اعطاء الدواء قد يؤدي الى نتائج سيئة تماما. بل فان الاهتمام بأشكال السلوك الشاذة التى تظهر لدى شخص يحاول علاج المرض للحصول على مكاسب ثانوية لن يؤدي الى تناقص فى تلك السلوك الشاذة بل قد يؤدي الى زيادتها وتدعيم السلبى منها أكثر نظر. لهذا فيجب على من يقوم بالتدعيم سواء كان معالجا أو شخصا آخر أن يهتم بخلفية الاضطراب السلوكى والاهتمام بالشروط السابقة على ذلك.

اضف الى هذا مسألة الفروق الفردية فى القابلية للتغيير فى هذا اتجاه أو ذاك نتيجة للتدعيم الاجتماعى. فالتدعيم الاجتماعى بالمدح مثلا الذى يلقى الى نتائج سلبية مع بعض المرضى خاصة المساكين بالبارانويا فى حالات الهستيريا ، لأن لفت الانتباه هو ما يحسب اليه هؤلاء المرضى وهو حينه ما تقدمه لهم فى أى خطة علاجية تقوم على التدعيم. لتحسن أداء بعض المرضى ويزداد اذا ما استخدمنا معهم التدعيم السلبى (التجاهل) أو النقد. لهذا فيجب أن نكون حساسين لمسألة الفروق الفردية هذه عند التفكير فى التخطيط لاي برنامج من التدعيم.

قضية أخرى يواجهها المعالجون بالتدعيم ، ويتمثل في مدى تعميم ظهور الاستجابة المرغوبة في مواقف الحياة الأخرى بعد تفحصها في العيادة ، أو في مركز العلاج النفسي . خذ مثلاً حالة طفل مصاب بالجلطة وعسر الكلام ، فاستطاع المعالج الملم بقواعد التدعيم والعلاج السلوكي أن يساعد الطفل بالتدريج على التخلص من السلوك غير المرغوب ( الجلطة ) وتدعيم أنماط جديدة من الطلاقة وبسر التعبير . الواضح أن المعالج حتى هذه اللحظة قد نجح في أحداث سلسلة من الاستجابات المرغوبة ، وهي الطلاقة في التعبير والتخلص من التهتة ، لكن كل ذلك تم أما في عيادة المعالج ، أو في مركز العلاج النفسي . والسؤال الآن : ماذا يحدث لهذا السلوك وللأصدقاء القدامى ، والمدرسة وهم كما هم بنفس أنماطهم القديمة في التعامل معه . هل ستستمر استجابته السوية وتتطور كما كان متوقفاً لها ؟ أم أن الظروف الاجتماعية الأصلية التي ساعدت على ظهور الجلطة ستكف السلوك السوي ، وتخلق « الجلطة » من جديد؟ بعبارة أخرى ، فإن نجاح العلاج يجب أن يتبعه اهتمام بما يأتي :

- ١- تعميم أنماط السلوك السوي واستمراره في النمو والتطور في مواقف خارجية ، لأن هذا هو محك العلاج : الفاعلية لا في حجرة العلاج النفسي ، بل الاستمرار في الفاعلية خارجها ، ومع أشخاص آخرين ، وفي مواقف اجتماعية أشمل وأكثر تركيياً .
- ٢- تأكيد السلوك السوي الجديد وذلك بأن نضمن استمراره في وجه الخبرات الجديدة التي قد يكون من شأنها كف المريض وإرغامه على العودة للحالة السابقة .

ونتيجة لهذا يقترح البعض (٨) شروطاً تساعد على استمرار النتائج هامة للتدعيم منها : أن يكون الموقف العلاجي مثابها إلى حد بعيد البيئة البيئية الاجتماعية التي تحيط بالمضطرب . وبهذا سيسهل على الشخص تعميم استجاباته السوية للبيئة وببسر وسهولة . ولهذا فمن الأفضل أن اجراءات تعديل السلوك في البيئة نفسها . ويبدو أن هذا الاقتراح يكمن بحركة العلاج الأسري التي أخذت تجتاح الولايات المتحدة وأوروبا في هبتين الأخيرتين . حيث ينتقل المعالج ( أو المعالجة ) لأسرة المريض وتتراوح من ٢٤ ساعة إلى أسبوع لكي يلاحظ - أو تلاحظ - أنماط العمل في داخل الأسرة نفسها وموجها نصائحه على هذا الأساس . وبهذا يقوم المعالج بتعديل سلوك المريض وحدة بل بتعديل سلوك كل من يحيطون به ، أو بالأحرى فإنه لا يقوم وحده بعملية العلاج بل يحول البيئة بأكملها إلى بيئة علاجية صالحة لتقبل الجيد وتطويره .

كذلك من الأفضل تدعيم الاستجابات الجيدة الجديدة بأكبر قدر ممكن في تصبح متماسكة وقوية ، وقادرة على مواجهة الصعوبات ، والخبرات الاجتماعية السيئة . فالشخص الذي أمكن له أن يتعلم أساليب الثقة بالنفس والتكيد الذات ، قد يواجه في البداية بعض الشراسة من زملاء أو رؤساء العمل ، أما لأن تعلمه للسلوك الجديد لم يصبح جيد بعد ، أو لأن زملاء العمل ورؤساءه قد اعتادوا منه على شكل مختلف من التصرف أو لكلا سببين . ولتجنب الكف والعودة إلى النمط المرضي السابق ، فإن استمرار في تدعيم الاستجابات الجديدة سيمنحها قدراً من القوة لتماسك ما يجعلها قادرة على مواجهة رياح التحدي . وعلينا هنا ألا ننسى

مبدأً رئيسياً وهو النجاح يخلق نجاحاً أكبر ، فالشخص الذى ينجح فى اكتساب شكل سلوكى جديد ( تأكيد الذات ، أو الطلاقة فى التعبير عن النفس ) ،

سينجح فى اكتساب أشكال أخرى من السلوك لم تكن فى الأصل موضوعاً للعلاج . وهذه حقيقة تثبتها عشرات البحوث فى هذا الميدان البكر . فنحن الآن نعرف - على وجه اليقين - أن النجاح فى التخلص من سلوك سئ ( كاللجاجة ) يصحبه نجاح مماثل فى سمات شخصية مثل انخفاض القلق العام ، وزيادة الثقة بالنفس ، والايجابية - الخ (٩) ومن شأن هذه النجاحات الثانوية أن تلعب دور المدعمات الإضافية الجديدة التى تزيد من قوة السلوك الجيد . وقد أمكن فى إحدى التجارب دراسة آثار التعميم فى أنماط سلوكية جديدة . فقد تبين أن النجاح فى تدعيم الاتجاهات الايجابية نحو الطب والأطباء لدى مجموعة من الطالبات صحبه مزيد من الرغبة لديهن فى المساهمة فى التجارب الطبية ، وفى أداء المقاييس الطبية (١٠) لأغراض البحث العلمى فى ميدان الطب . ونعلم من دراسات التفكير الابداعى أن تدريب الافراد على التخيل ونجاحهم فيه يصحبه ازدياد فى الثقة بالنفس ، وبالسيطرة فى المواقف الاجتماعية . وهناك ما يؤيد أن هذه التغيرات تقوم بتشجيع وتدعيم الاستجابات التكيفية الجديدة التى أثارها (١١) .

وفى حالات كثيرة قد يتعذر الوصول الى مدعم مناسب لبعض الاشخاص أما لصعوبات عملية ، أو لأن مدعمات هذا الشخص تصل لدرجة

التركيب بحيث يتعذر خلقها له . وتمثل تلك النقطة مشكلة يواجهها عالم علاج النفس الحديث . ومن رأى أحد العلماء أنه يمكن تحويل كثير من نشاطات والاستجابات التى تصدر عن الشخص الى مدعمات مناسبة اذا ما ربطناها بواقعه العامة . بعبارة أخرى فإن المدعم نسيب ، ولا توجد مدعمات مطلقة . لهذا يلجأ المختصون فى ادارة المرضى العقليين فى مستشفيات النفسية بأمريكا الى ضبط الجوانب المدمرة من سلوك مرضاهم كمن مماثل . وعلى سبيل المثال أمكن استخدام التوقف عن العدوان ، كشهاج سلوك عاقل فى التعامل مع الزملاء من المرضى الآخرين والأطباء مدعم نتيجة لربطها ببعض الدوافع العامة لدى المرضى مثل الخروج من مستشفى فى نزهة أو المساهمة فى نشاط دينى أو اجتماعى فى داخل مستشفى ، مشاهدة فيلم سينمائى - الخ ومرة أخرى يقوم رجال السياسة برفع الرغبة فى ضبط سلوك الناس) بأشياء من هذا القبيل بأن يدعموا استجابات الخضوع والطاعة والحصول على تأييد المواطنين بربط هذه استجابات ببعض الاحتياجات والدوافع العامة السائدة لدى البشر ، فولى منصب جديد ، أو خلق وظائف وكرات وظيفية جديدة يشغلها من يكون الطاعة لحكومتهم .

### إعتبارات أخلاقية

ويقودنا هذا الكلام الى مشكلة أخلاقية تتعلق باستخدام التدعيم . التدعيم فيما يرى القارئ قانون من قوانين الحياة ساعد العلم على اكتشافه ويلورته . والقانون - كأي قانون - قد يستخدم بحكمة ، كما قد

يستخدم بطيش. اننا نعرف مثلاً أن قوانين انشطار النواة يمكن أن تستخدم بحكمة فائقة اليوم في أغراض سلمية وطيبة، ولكن نفس هذه القوانين استخدمت في إبادة عشرات الألوف من البشر في "هيروشيما" و "نجازاكي" بطيش. لم يسبق له مثيل في تاريخ البشر.

كذلك الامر فيما يتعلق بالتدعيم. فما عرضنا له حتى الان فيما يتعلق باستخدام التدعيم إنما يشير الى صورة مشرقة وإيجابية في ضبط جوانب الهدم والتدمير الذاتى والاجتماعى فى سلوك البشر (العصابى والذهانى). وقد رأينا أن كل البحوث التى عرضنا لها تعطى - كلياً أو جزئياً - نتائج إيجابية. ولا شك فى أن هذا يدل على أن الامام بقواعد التدعيم يعطينا سلاحاً قوياً لمواجهة المشكلات السلوكية والاجتماعية. لكن السلاح فيما أشرنا نتوقف فاعليته دائماً على من يحملة : فهو فى يد رجل البوليس حماية ودفاع وتحقيق للأمان أو هكذا على الأقل يجب ان يكون )، لكنه فى يد قاطع طريق أو لص قوة للعدوان والتدمير. والحكومات تواجه هذا بسن قوانين حياة الأسلحة وتضع عقوبات قاسية لاستعمالاتها السيئة. وهذا نفسه ينطبق بصورة ما على العلاج السلوكى بالتدعيم (أو بغيره)، لكن ما تسميه الحكومات بقوانين حياة الأسلحة واحرازها نسمية نحن بالاعتبارات الخلقية.

ولعل أول مبدأ خلقى للعلاج - السلوكى أو الفرويدى أو أى شكل آخر - ضرورة أن تكون قوانين تعديل السلوك والعلاج موجهة أساساً لخدمة المريض وبالتالي خدمة الآخرين. ويشير هذا الالتزام - الذى يجب أن يفوق

أى التزام آخر للمعالج - مشكلة أخرى يواجهها أخصائيو العلاج : المؤسسات الاجتماعية بشكل عام بما فيها المستشفيات ، ومراكز العلاج ، والسجون ، ومؤسسات التخلف العقلى .. الخ .. خاصة عندما تختلف .. كثيراً ما تختلف - أهداف المؤسسة مع الأهداف الإنسانية التى يجب أن تحقق للمرضى. افترض على سبيل المثال أن المؤسسة تقدم طعاماً قذراً ، يسئ العاملون فيها استخدام المرضى .. فيثور مريض معين . فهل يوجه له علاج سلاحه نحو المريض فيعمل بشتى الوسائل على تهديته واغوائه لتقبل وضع الكائن؟ أم يشجع لديه الاحتجاجات حتى يعود الإصلاح ؟ بالرغم من الإجابة واضحة على الأقل من الناحية النظرية فمن أن الالتزام الأول هو صحة المريض ورفاهيته. فإن التطبيق العملى . دائماً ما تحيطه مشكلات . فزاللت مؤسسات العلاج النفسى هنا وفى الخارج نجح ما بين الحين والآخر لاستخدام قوانين ضبط السلوك بطريقة تتعارض مع حقوق البشر . فقمهم فى الشكوى والتعبير باخضاعهم لاسوأ أنواع التشريط . وقد شهدنا عام ١٩٧٤ جزء من ثورة الرأى العام والصحافة فى أمريكا أثر ما اكتشف فى احد سجون ولاية « أيو » Iowa من ممارسة أساليب العقاب بحقن المساجين « بالابومورفين » عندما تصدر منهم أى استجابات غير مرغوبة من وجهة نظر المؤسسة . وأسوأ ما فى هذه القصة أن بعض من كانوا يساعدون على ذلك الاطباء النفسيون المشرفون .

وما يحدث فى مستشفيات التخلف العقلى لا يقل عن هذا سوءاً . فقد سمعت أخصائياً نفسياً اكلينيكيًا عربياً يبدى تشجيعه وتقبله لصفع أحد المرضى بقوة وفور صدور بعض استجابات العدوان الذاتى التى كانت تصدر عن هذا المريض بين الحين والآخر ، كطريقة لتعديل هذا السلوك

التدبيرى . وتعتمد كثير من المصحات على العقاقير المهدئة ، والجلسات الكهربائية وفى حبس المريض والاستخدام الجبارى لأنواع معينة من العلاج . ومن المؤسف أن كثيرا من هذه الوسائل تموه وتبرز بصورة كما لو كانت علاجا ، ، إنما لا تعدو فى الحقيقة أكثر من كونها سبيلا للسيطرة وفرض الانضباط على النزلاء ، الوقحين ، والمتمردين ، والمعنوانين من وجهة نظر العاملين .

فما هو المخرج من هذا المأزق الاخلاقى ؟ ليس بالطبع فى التخلّى عن قوانين من العلاج تثبت فاعليتها فى توجيه السلوك البشرى يوما بعد يوم . وليس بالتخلّى عن البحث العلمى فى هذه الموضوعات واثراء العلم وقوانينه . وإنما يكمن الحل فيمن يستخدم هذه القوانين ، وفى عالم القيم الذاتية والاجتماعية لهؤلاء الذين يقومون بتطبيق هذه القوانين .

ولا شك فى أن مزيدا من حركات الإصلاح الاجتماعى التى يجب أن تشمل نظام المستشفيات والمصحات العقلية ستتكل فى حل كثير من أجزاء الأزمة . فلقد وصف واحد من علماء الاجتماع المتعمقين المستشفيات العقلية بلتها « مؤسسات كاملة » ، وهو يعنى بذلك الإشارة الى حقيقة مؤسفة تنطق باماكن يخضع فيها النشاط للتنظيم الشديد والرقابة والملاحظة الدائبة من قبل الاجهزة الادارية المختلفة . وفى مثل هذه الظروف :

« تصبح حاجات الفرد ورغباته فى منزلة ثانوية ، بينما تكون الاهمية الاولى لادارة المستشفى ادارة تتميز بالسلاسة والخلو من المشكلات . أى أن شئون الفرد فى المستشفيات العقلية الكبيرة توضع فى منزلة ثانوية ، بينما تلتى ادارة المرضى وضبط أمورهم فى المنزلة الاولى » (١٣) .

ولا شك أيضا أنه لا بديل للمعالج السيكوى إلا بالتسلح بمزيت من الاخلاقيات المهنية . لكن مفهوم كلمة أخلاق يثير عددا من المشكلات النظرية . والتفسيرات الاخلاقية غالبا ما تعالج على أنها تفسيرات ذاتية دائما . ولهذا الأخرى أن نتكلم عن ضرورة وجود مجموعة من الالتزامات الرئيسية التى فرضها الممارسة المهنية ، منها أولا : عدم استخدام أى أسلوب علاجى إلا بإذقة الشخص وبرضاائه ، ومنها ثانيا : أن يكون الهدف هو صالح المريض وتكامله . ومنها ما قاله الفيلسوف « كانت » فى عبارات بسيطة :

« لاتعامل كائناتا بشريا آخر على أنه وسيلة لقاية من الغايات ، بل طور اليه دائما على أنه غاية فى ذاته ولذاته » .

وتطبيق هذه الالتزامات ستحاربه بون شك مصاعب ومشكلات ، ولكن ليست هذه مشكلة عامة نواجهها دائما عند التطبيق ؟ ثم متى كانت المشكلات البشرية يسيرة الحل ، وسهلة الصياغة ؟ .

إن المعالج النفسى فيما أرى يعتبر بمعنى حارساً للقيم الانسانية اصلية ولحقوق الافراد الانسانية وداعية لاصلاح اجتماعى اذا ما هدت به القيم ، أو أخضعت الكرامة الانسانية للتشريعات المهنية . وهائد عالم ليس من هذا لا يختلف فى كثير من الاحيان عن هائد أى حارس أخلاقى مجتمع وعلى مر التاريخ : أن يواجه بالتشكك وربما باشكال من الصراع الحري .



## الخلاصة

تستجيب البيئة الاجتماعية لتصرفات الناس بأشكال مختلفة من التقبل أو الرفض . وإذا كانت استجابة البيئة بالتقبل فإن هذا يؤدي إلى تدعيم التصرف أو السلوك موضوع هذا التقبل . ويطلق على الاستجابات التي تستجيب بها البيئة للتصرفات والانفعال الإنسانية مفهوم التدعيم . ويكون التدعيم البيني ايجابيا إذا أدى إلى زيادة في شيوع السلوك السليم والسوى . ويكون سلبيا إذا أدى إلى زيادة السلوك المضطرب والشاذ . فكما يدعم المجتمع أشكالاً جيدة من السلوك ، قد يدعم أشكالاً شاذة ومضطربة .

وتقرر نظرية التدعيم أن الاضطراب بأنواعه المختلفة يحدث بسبب عمليات تدعيم سلبية للسلوك الشاذ . فالتدعيم الخاطي باظهار الانتباه وتلبية رغبات الأشخاص عند انغماسهم في أشكال شاذة من السلوك أو مدمرة للذات أو المجتمع سيؤدي في الغالب إلى زيادة في تلك الجوانب الشاذة وبالتالي سيزداد حظ الشخص من الاضطرابات والشذوذ وتدعيمها البيئية الاضطرابات المصاحبة للأمراض النفسية والعقلية ومشكلات الاطفال بهذا الشكل . فعناق الطفل عندما يبكي ، والاستجابة لهلوس الفصامين على أنها علامة من علامات الورع ، والسكوت على عدوان الجانحين وتدميرهم للآخرين ، وإظهار الإعجاب بسلوك الجانحين والتسلط العدوانى والمدمر بالآخرين ، والاتصاف للمكتئبين عندما يثرثرون عن أمراضهم الجسدية ومتاعبهم في العمل والحياة ، والنظر لتوتر القلقين على أنه علامة من علامات العبقرية والابداع . كل هذا وغيره يعتبر مظهر من مظاهر التدعيم الاجتماعى السلبى ( المقصود أو غير المقصود ) للإضطرابات النفسية والاجتماعية المختلفة .

• التدعيم الايجابى لا يقل خطرا عن التدعيم السلبى الخاطي ، بل انه مسببا رئيسيا فى ظهور بعض الاضطرابات النفسية والعقلية .

ب ، مثلا يحدث أساسا بسبب عدم وجود بيئة اجتماعية تمنع التدعيم وتثير الدوافع والفعل والنشاط . لذلك تبين الدراسات أن الاكتئاب في كبار السن ، أو المحالين على المعاش ، والمساجين السياسيين ، يموت ، وأثر الازمات الاجتماعية كفقدان شخص عزيز ، أو مرض أو الفشل من عمل أو مهنة .. الخ . مما يدل على أن الافتقار للتدعيم في يرتبط ارتباطا وثيقا بظهور الاكتئاب النفسى وربما الانتحار .

لنما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة فعيل السلوك ومواجهة كثير من المشكلات الانسانية بطول ايجابية .

هذا الفصل بتقديم صورة موجزة ومبلورة لاستخدام التدعيم فى النفسى . ويتطلب استخدام التدعيم فى العلاج أن نبدأ أولا بالتحديد لاضطراب الذى نريد علاجه ، والاهداف التى نرغب فى الوصول اليها . فحصر الظروف الاجتماعية المحيطة بظهور الاضطرابات ، فئات الاجتماعية التالية لظهوره . ثم يبدأ تعديل السلوك بعد هذا من أهل عندما تظهر الجوانب المضطربة غير المرغوبة عن السلوك . وقد سأل عدد من الدراسات التى تبين الامكانيات الواسعة والمختلفة أن يتطور لها البشر عندما نولى اهتمامنا لجوانب ايجابية من متجاهلين الجوانب السلبية منهم . وينطق ذلك على حالات مختلفة اميين ، وعيوب الكلام ، والقلق ، والانسحاب الاجتماعى . وقد أمكن ( ١ ) استخدام أساليب التدعيم فى علاج حالات الاكتئاب . وكمثال أنه أمكن علاج سيدة فى الخامسة والاربعين كانت تشكو من عديد . وذلك بتدريب أفراد أسرتها ( نذجها وأبنائها ) على تجاهل

أحاديثها عندما كانت تنصب على الشكاوى البدنية، وتوهم الأمراض،  
والتهب، واليأس، والتهديد بالانتحار، (وهي الأعراض التي تصاحب  
عادة ظهور الاكتئاب)، مع ابداء الاهتمام والتشجيع عندما كانت السيدة  
تبدى أى مظهر من السلوك، أو النشاط، أو الحديث عن موضوعات ايجابية  
متفائلة، أو عندما كانت تقوم بإداء أعمالها المنزلية، والخروج لصديقاتها..  
الخ. وعندما توقف أفراد الأسرة عن ذلك عادت السيدة الى نفس حالتها  
الاكتئابية، ولكن سرعان ما تحسنت عندما عادت الخطة العلاجية واستمر  
تحسنها مطردا بعد ذلك دون انتكاسات.

ولكى يكون التدعيم فعالا يجب ان تصحبه شروط منها: أن يكون فوريا،  
وأن يكون موضوع التدعيم مرغوبا من الشخص. والتدعيم المتقطع أفضل  
من التدعيم المستمر من حيث تأثيره على السلوك الجديد المكتسب. كما  
يجب الاهتمام بالشبكات المحيطة بالسلوك، وإلغاء الوظيفة (المكاسب  
الثانوية) التي يؤدي إليها السلوك السيئ. ولكي تضمن استمرار الاستجابات  
الجيدة بعد ظهورها بفعل التدعيم، من الأفضل أن تنفذ خطة العلاج في  
البيئة الطبيعية للشخص أو على الأقل في بيئة مشابهة، كما أن إشراك  
المحيطين بالشخص (الأسرة أو الزملاء) وإعلامهم بخطة العلاج وأهدافها  
تؤدي إلى استمرار تطور السلوك السوي والصحة وتدعيم سلوك جيد  
يصحبه تغيير ايجابي في خصائص سلوكية أخرى. وتعتبر هذه التغيرات  
الجديدة من العوامل التي تساعد بنورها على استمرار ظهور الانعاش  
السلوكية الجديدة وثبوتها.

ولما كان التدعيم سلاحا ذو حدين، يستخدم في أغراض علاجية انسانية  
كما قد يستخدم في أغراض لا انسانية كالتلاعب بالبشر والتحكم

علاقى في سلوكهم، فإن من الواجب الالتزام ببعض القواعد الخلقية.  
فإن الحصول على موافقة الشخص ورضائه فضلا عن أن يكون الهدف  
هو دفع الشخص لمزيد من التكامل والارتقاء والفاعلية.

البحوث الحديثة مع هذا أن التدعيم لا يصلح وحده في تفسير السبب  
في شخص ما، يستجيب للاكتئاب مثلا-عند الافتقار للتدعيم، بينما  
يستجيب شخص آخر بالعنوان أو باللامبالاة. إذ لابد من دراسة  
سبب الناس في التفكير واتجاهاتهم نحو التدعيم حتى يكون المأمنا  
بأن تعديل السلوك متكامل.

## مراجع وتعليقات

الاطلاع على النتائج الايجابية التي يؤدي لها النجاح من التخفف من  
الامراض المرضية في الشخصية انظر ما يكتبه "ايزنك" سواء في  
بعض كتبه المترجمة للغه العربية ، أو الكتب التي لم تترجم . وقد سبق  
ان آشرنا في الفصول السابقة الى عدد منها . كذلك انظر :

10-Kasner,L.(1962) The therapist as a social reinforcement  
machine . In HP H. Strupp and L. Luborsky(eds.) ,  
*Research in Psychotherapy*. Vol..2 Washington, D.C.  
APA, 1962.

للاستزادة عن آثار تدعيم القدرات الابتكارية والابداعية على الشخصية  
انظر : عبد الستار ابراهيم التوجيه التربوي للمبدعين ، مجلة  
العلوم الاجتماعية (الكويتية) ، عدد ابريل ، ١٩٧٩ .

عبد الستار ابراهيم ، ثلاثة جوانب من التعلم في دراسة  
الابداع ، (تحت النشر) .

شاديون كاشدان ، علم نفس الشباب ، ص ١٨٠ (مرجع سبق  
تكرره) .

1- Skinner. B.F (1953). *Science and human behavior* . New York :  
Macmillan.

٢- للمزيد من استخدامات مبدأ التدعيم في تعديل سلوك المرضى العقليين  
والفصامين بشكل خاص انظر :

3- Hagen, R. (1975) Behavioral therapies and the treatment of Schizo-  
phrenic. *Schizophrenia Bulletin*. Issue No . 13 pp . 70.96.

4- Kazdin, A.E.(1968) *Behavior modification in applied setti-  
ngs* . Homewood, Illinois : Dorsey Press.

- Hagen, Op. cit., 1975

- Hagen, Op. cit., 1975

٥- للمزيد من تطبيقات مبدأ التدعيم في علاج المشكلات السلوكية للأطفال  
انظر : لوك واطسون ، تعديل سلوك الاطفال ، ترجمة محمد  
فرغلي فراج - وسلوى الملا ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٧ .

6- Mack, D. (1962) Reversibility of the reinforcement relation.  
*Science*. 163,255-257.

٧- هول ليندزي ، نظريات الشخصية ، ترجمه فرج أحمد فرج واخرين  
القاهرة : الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٧١ ..

٨- للمزيد عن التدعيم وشروطه وتطبيقاته انظر :

Goldfried. M.R & Davlison, G.C *Clinical behavior therapy* New  
York: John Wiley , 1976.

## الفصل الثامن

### العقلانية أو تعديل اخطاء التفكير

مهيد :

تنبه الفلاسفة اليونانيون منذ القدم الى أن الطريقة التي ندرك بها الأشياء وليس الأشياء نفسها هي التي تسم سلوكنا وتصفه بالاضطراب أو السواء. وفي هذا الصدد يقول « أبيقورس » « لا يضطرب الناس من الأشياء ، ولكن من الآراء التي يحملونها عنها » .

أما العلاج النفسي - السلوكي المعاصر فيسلم أيضا بأن كثيرا من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد الى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبننها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به. ومن هنا أبتكر المعالجون النفسيون مفاهيم وآراء مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية في الاضطراب النفسي. وتتفاوت هذه المفاهيم : فهي عند أفلر Adler تشير الى « أسلوب الحياة » الذي يتبناه العصامي أو النهماني (١) . وعند البعض الآخر تشير الى أساليب الاعتقاد (٢) ، ويستخدم البعض الثالث مفهوم « الفلسفة الشخصية » (٣) . أما ألبرت اليس Ellis فيستخدم مفهوم « النفع المتعلل » . وبالرغم من الاختلافات الظاهرة في هذه المفاهيم فإن هذه الطائفة من الباحثين والمعالجين تتفق على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي

يفكر بها المريض عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين . وأن العلاج النفسي بالتالي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أى تغيير حاسم فى شخصية المريض ، أو فى الاعراض التى دفعته لطلب العلاج .

لهذا يلاحظ أحد الباحثين فى العلاج النفسى أن « كل أشكال العلاج النفسى - بما فيها السلوكى - تعلم الناس أن يفكروا وأن يشعروا ، وبالتالى أن يسلكوا بطريقة ملائمة مختلفة (٤) » . ومن ثم فإن نجاح العلاج النفسى ، أو نجاح الشخص فى التغيير الإيجابى يجب أن يكون محصوراً بتحسين فى طريقة تفكيره والتغير فيها .

كذلك فإن الدراسات الحديثة لعلماء النفس تبين أن تأثير كل أساليب العلاج تقريباً بما فيها استخدام العقاقير والاساليب الفسيولوجية تعتمد اعتماداً حاسماً فى تحقيق نجاحها - على عوامل معرفية مثل : توقع مكاسب علاجية ، والمعلومات التى يحصلها المريض عن مواقف الخوف ، والقلق ، الاكتئاب ، والتدريب على ضبط الانتباه ، واتجاه الشخص نحو المعالج ، ونحو العلاج النفسى بشكل عام (٥) . وهى كلها فيما يلاحظ القارئ عوامل تنتمى الى أسلوب تفكير المريض ، واتجاهاته العقلية .

\* نلاحظ أنه بالرغم من أن تأثير العقاقير الطبية هو طابع فسيولوجى ، فإن المريض يمكن أن كان غير راضٍ فى العلاج ولا يرى ضرورة أن يقوم بمسائل تقل من تأثير هذه العقاقير أو تفيد فيها . وأيضاً مثال على هذا ما نلاحظه فى مستشفيات الطب العلى من أن المريض قد يبقى الأقراص العلاجية فى قفله دون أن يتناولها ، ويحفظها خفية ما دام اتجاهه نحو الطبيب المعالج أو العلاج سليماً . ويكشف الفيلم السينمائى الحاصل على جائزة الأوسكار " طائر فوق شجر مجانين " جوانب من هذه الاتجاهات دون مبالغة .

غير أن من الضرورى أن نشير الى أنه بالرغم من الاعتراف المتزايد فى الوقت الحاضر بدور العوامل المعرفية وأهمية تغيير أساليب التفكير فى العلاج النفسى - السلوكى فإن هذا الاعتراف جاء مؤخراً ، ولفترة قريبة لم يكن المعالج السلوكى يولى اهتماماً يذكر بدور هذه العوامل معتبراً أياً ما عوامل داخلية لا يمكن إخضاعها للملاحظة أو التعديل المنظم ، وكان الاعتماد فيما رأينا فى الفصل السابق متجهاً الى السلوك الظاهرى أو الأفعال الظاهرية المضطربة . فعلاج القلق - على سبيل المثال - كان موكزاً على تغيير الأفعال الظاهرة التى تبدو لدى الشخص القلق ، كالرعشة ، والاضواء ، وخفقات القلب .. الخ دون اهتمام بالانكار التى يقولها المريض لنفسه ، أو اتجاهاته نحو مواقف لا تستثير بطبيعتها هذا التوتر .

ولفترة قريبة لم يكن « أبى » - مثلاً - يرى أهمية ما للتأثير فى أساليب التفكير . فمن رآه أن البدء فى تعديل السلوك أهم من التعديل فى طرق التفكير ، لأن تعديل السلوك ( سلوك الخائف ، أو المتوتر مثلاً ) يلازم بعد ذلك إلى تعديل فى الظواهر الفكرية كالاستبصار ، والتفسير فى الاتجاهات والمعتقدات وليس العكس . ويدعى بأنه لم يعثر على تجربة واحدة تبين أن تغيير المسالك الذهنية والاستبصار يحسبهما تغيير فى السلوك الظاهرى . ونتيجة لهذا يرى بأن كل ما نحتاج إليه هو ابتكار طرق فعالة وحاسمة للتعديل من السلوك الظاهرى « غير السلوك » ، وستتغير معه أساليب التفكير . على أن الأمر لم يقبل من المعالجين والباحثين بهذه البساطة . فمنذ عام ١٩٦٥ عكف الباحثون فى العلاج النفسى على دراسات

كثيرة لم تدع نتائجها مجالا للشك في أن المرض النفسى تصحبه اضطرابات فى طرق التفكير . وأن التغيير من هذه الطرق يصحبه تغيير فى لتوافق والسلوك .

أما لماذا لم يجد « ولبى » حالة أدى فيها تغيير التفكير الى تغيير فى سلوك ؟ فلكه كان - مثله فى ذلك مثل المعالجن السلوكيين فى الفترات المبكرة من تاريخ هذا المنهج - ينتقى الحالات المرضية التى يشكل فيها لاضطراب السلوكى محور لكل الاعراض الرئيسية .

وحديثا نجح « لازاروس » فى علاج حالة ضعف جنسى لدى شاب فى السابعة والعشرين من عمره بعد أن فشل معالج سلوكى تقليدى مشهور به . لأن « لازاروس » لم يجعل همه التعديل من الاضطراب السلوكى ذاته ( وهو الضعف الجنسى ) ، بل ركز على طريقة تفكير المريض واتجاهه نحو الجنس عموما عندما كان يضاجع زوجته . فلقد كان المريض يتصور بنى لعلاقة الجنسية الزوجية نوع من العبودية ، وأن الايمان الجنسى كالايمان على المخدرات . أن من العبث اغراء المريض باستخدام طرق العلاج لسلوكى التقليدية لعلاج الضعف الجسمى مباشرة ( كالاسترخاء عند لاتصال الجنسى مثلا ) وهو يعتقد مثل هذه التصورات . أن من الضرورى أن نعدل منذ البداية اتجاهه نحو الجنس ، ونحو معتقداته الخاطئة عن لعلاقات الزوجية . ولهذا أمكن بنجاح علاج هذا الشخص فى أسابيع قليلة من المناقشة والاتناع وبحض أفكاره الخاطئة عن هذه الموضوعات .

وكعادتنا فى تناولنا لموضوعات هذا الكتاب - خاصة ما يتعلق منها بمناهج العلاج . سنحاول فى الصفحات الآتية أن نبين بمختلف الأدلة أن

تعديل المسالك الذهنية ضرورى لنجاح العملية العلاجية ولتغيير الشخصية ، أنه يؤثر تأثيرا مباشرا فى اثاره الاضطراب وفى آثاره الشفاء ، كما يتعرض لجوانب التفكير التى تصاحب الامراض النفسية وتلك التى صاحب الصحة النفسية . وفى الجزء الاخير من هذا الفصل من هذا الكتاب نتكشف عن بعض الاساليب الفعالة فى تغيير السلوك ذهنى .

## أدلة على فاعلية أساليب التفكير فى أحداث

### الاضطراب النفسى وفى العلاج منه

أما الأدلة التى سأسوقها هنا للكشف عن أهمية أساليب تفكيرنا - يفتتا فى الاعتقاد عن الاشياء وعن النفس - فى اثاره الاضطرابات النفسية والاجتماعية والعقلية فيعتمد بعضها على استقصاء للآراء النظرية العلمية ، ويعتمد بعضها الاخر على النظريات العلمية ، والبعض الثالث يمد على الأدلة التجريبية الحديثة .

أولا : من الناحية الفلسفية أشرنا الى الآراء الفلسفية للمدرسةبيقونية التى ترى بأننا نضطرب لا من الاشياء ولكن من آرائنا عنها . هذه المدرسة آراء أخرى تسهم فى الكشف عن قيمة تعديل المسالك الذهنية فى تحقيق السعادة والتواءم مع النفس والبيئة . فالفلسفة الرواقية ترى مثلا أن ما لا يمكن تعديله يجب أن تقبله ، أو تطرحه جانبا . فلقد لا يقبل الفرد شيئا من وقائع الحياة التى لا أمل فى تغييرها أو اصلاحها ( كوفاة قريب ،

أو وجود جوانب نقص فيها ، عاجزنا عن الكمال ، اختلاف الناس عنا ..  
 اختلاف الناس عنا .. الخ ) لكن الفرد بعدم تقبله لهذه الحقائق الحتمية  
 يجعل نفسه مستهدفا لكثير من ألوان التعاسة والاضطراب ، بمعنى أنه إذا  
 واجه مشكلة ما أو موقفا حتميا لا يملك تعديله ، فإن تبديده لطاقته في  
 التفكير في هذه المشكلة لن يعود عليه بفائدة ، بل سيؤدي في النهاية إلى  
 تضخيم توتره النفسي والانفعالي ، منتهيا به إلى مضاعفات من الضيق  
 أكبر بكثير من المشكلة أو الموقف ذاته . والحقيقة أن كثيرا من مشكلات  
 العصبيين ونميرهم تنتج بسبب الإرجاع والمحن التي يمتلكهم في التعامل  
 دائما مع الأشياء المستحيلة . فالعصابي يبحث دائما عن المستحيل أو  
 المتعذر متجاهلا التعامل مع الممكن وتتميته . ويؤدي به هذا في النهاية إلى  
 الاجهاد النفسي ، والشك في امكانياته وبالتالي التفكير في البيئه على أنها  
 مصدر للمتاعب والتهديد وأتارة المصاعب والتوترات .

وينظر بعض المعالجين لمبادئ الفلاسفة الرواقية على أنها فلسفة  
 للصحة النفسية والسعادة الخاصة . ولهذا بدأ طبيب نفسي سنة ١٩٥٠  
 محاوله لتوظيفها للعلاج النفسي (٦) . وذلك بأن كان يسأل طالب العلاج  
 أولا أن يعرف أن اضطرابه يرجع إلى مبالغته الانفعالية في الاستجابة  
 للمواقف أو المواقف المثيرة للاضطراب . ثم يطلب من المريض بعد هذا أن  
 يدحض هذا الميل المبالغ فيه بالاستجابة للبيئة من خلال الاقتناع الذاتي بأن  
 الخطر - لو كان هناك خطر - لن يؤدي إلى نهايته . وفي رأي الطبيب هذا  
 أن مبالغته في الاستجابة للبيئة تكون أما ناتجة عن تصور أن مرقفا  
 خارجيا أو شخصا قد أخطأ فينا وأساء إلينا ، وأما عن تصور بأننا  
 أخطأنا في حق شخص آخر .. وكلا الصورتين خاطئ من الوجهة المنطقية  
 طالما أنه لا يوجد دليل على صحة أي منها .

ويكتب بيرتراند راسل في سنة ١٩٣٠ كتابا عن الطريق إلى السعادة  
 (٧) . يعرض فيه بعض الأفكار التي أسهمت في حركة تعديل التفكير  
 الحديثة . وكمثال على هذا يذكره راسل « أن الانسان قد يشعر بالراحة  
 الخلاص والهدوء إذا ما حاول - عند الشعور بالخوف من شيء معين - أن  
 يفهم أسوأ النتائج وأن يركز ذهنه فيها وأن يقنع نفسه بأن ليس في هذا  
 هليته . كذلك يرى أن : « ... من أسلم الطرق لمواجهة أي نوع من الخوف  
 في تفكر في بهوء وبطريقة متعلقة . ولكن بتوكيز شديد إلى أن يتحول إلى  
 من مألوف لديك . وفي النهاية فإن اللفة بالموضوع المخيف ستستأصل  
 الشعور بالخوف » .

في موقع آخر يقول راسل :

« دائما ما يتحول الرأي العام بكل طغيانه نحو من يظهر خشية منه ،  
 ما هؤلاء الذين لا يكثرثون به فتادرا ما يتحول الرأي العام ضدهم » .

ومن الواضح أن « راسل » في هذا يتبنى فلسفة للسعادة  
 إنسانية تستخلص أساسياتها من أن العقيدة تحكم السلوك ، وأن التفكير  
 في أمور الحياة بطريقة منطقية ومتعلقة تصحبه أيضا حياة وجدانية هادئة  
 خالية من الاضطراب - وسنرى فيما بعد أن بعضا من مبادئ تعديل  
 السلوك الذهني تستخدم عملية تحليل نظرية مماثلة .

ثانيا : ومن ناحية أخرى هناك من التحليلات النظرية للنتائج الحديثة  
 لعلاج النفسي ما يضيف تاييدا على التأييدات الفلسفية السابقة بأن تعديل  
 السلوك في حالات الاضطرابات النفسية والعقلية يتم بسبب التغيير في  
 العوامل الفكرية وفي الأساليب الذهنية للشخص . ويلاحظ أحد المعالجين

المحدثين (٨) بأن كثيراً من المعالجين السلوكيين يستخدمون - بمعنى أو بغيره - أساليب لعلاج مرضاهم وتعديل معتقداتهم واتجاهاتهم جنباً إلى جنب مع مناهجهم السلوكية القائمة على عمليات التدعيم والتشريط. ويلاحظ منذ « كانفر Kanfer » من الينوى Illinois بأن من بين الأنماط الثلاثة الرئيسية الحديثة في العلاج يوجد نمطان على الأقل يكتسبان فاعليتهما في التأثير على الشخصية بسبب عوامل ذات طابع ذهني وفكري. أما الأنماط الثلاثة التي يستخدمها المعالجون للسلوكيون في الوقت الراهن وفي ضوء تحليلات « كانفر » فهي :

- ١- نمط العلاج من خلال تحريض المريض على أحداث التغيير في نفسه وفي بيئته ، وذلك كأساليب تأكيد الذات التي سبق الإشارة إليها . والمعالج بهذا المعنى ما هو الا محرض على التغيير وداعية لاتخاذ مواقف جديدة أكثر كفاءة في مواجهة الحياة الاجتماعية.
- ٢- نمط التشجيع في القيام بالسلوك الملائم من خلال الاقتداء والمحاكاة والتكرار.
- ٣- تدعيم وتعديل السلوك بالطريقة التي سبق الإشارة إليها في الفصل السابق . وفي هذه الأنماط الثلاثة لا يوجد في الحقيقة الا النمط الثالث الذي يمكن أن ينتمى الى نظرية « سكينر » ونظرية التعلم بالمعنى التقليدي . أما النمط الاول فيتضمن العمل على تدعيم التغيير في اتجاهات المريض مع اقتناعه واغرائه بتغيير أنماطه الفكرية ، ومن ثم أساليب في التفاعل . ويتضمن النمط الثاني عوامل فكرية معاملة إذ نعطي الشخص فرصة ملائمة لتقييم اضطراباته السلوكية ، مع

اعطائه بدائل سلوكية ملائمة وجديدة ومن تخوف من النتائج . وفي كلا النمطين الاول والثاني يوجد شكل من أشكال تعديل التفكير .

أضف الى هذا أن النجاح في بعض مناهج العلاج السلوكي - كما نشرنا في فصول الكتاب السابقة - قد يؤدي الى تغييرات ذهنية وفكرية . نأول على سبيل المثال أسلوب تأكيد الذات والتشجيع على الحرية الانفعالية ماذا تجد في هذا الأسلوب ؟ تجد في الحقيقة معالجا نفسيا يوجه مرضاه للدفاع عن حقوقهم الرئيسية من خلال التشجيع على تنمية الثقة بالنفس ، تجد معالجا يعلم مرضاه ما الذي يجب أن يقولوه ، وكيف يقولونه في مواقف الإحباط والتأزم . بل أن « ولس » وهو المتشدد في الاتجاه السلوكي لاحظ أن بعض التغييرات تحدث في سلوك مرضاه بعد نجاحهم في تأكيد الذات ، وتشمل هذه التغييرات طريقة تفكير المريض واتجاهاته العقلية . من هذه التغييرات التي لاحظها أن المريض يبدأ في إدراك مبالغاته الانفعالية في تقدير الأشياء ، كما يدرك أن مخاوفه كانت تشوبها للواقع ، وبالتالي يبدأ المريض في اعتناق أفكار وتصورات واتجاهات جديدة تتفق من حيث واقعيتها مع واقع الموقف .

تأول أسلوبا سلوكيا آخر كأسلوب التطمين التدريجي ، ستلاحظ أيضا أن العلاج يمر بمراحل ثلاث هي :

- ١- التدريب على الاسترخاء العميق .
- ٢- تدريج الخوف والقلق .
- ٣- تخيل مواقف الخوف موقف موقفا مع الاسترخاء .



وتبين: حدوث العميقة أن التخيل وحده ( وهو عامل ذهني ) دون كل المراحل - سوى هو العامل الضروري في إزالة الخوف ، أما الاسترخاء ، ووضع التدريج - فهي تمثل أهمية أقل في التعديل السلوكي -

ثم لاحظنا : نساء عملية العلاج نفسها - هل يتم التغيير دون ارادة المريض؟ وهل يمكن أن يشفى المريض ويخطط لنفسه أساليب جديدة في التفاعل والتوافق دون وجود قدوم من التوقع الذهني للشفاء ، والامل الإيجابي في نجاح أسلوب العلاج المستخدم ؟ بالطبع لا - بل أن هناك نظرية تحتل في الوقت الحاضر اهتمام عدد لا بأس به من علماء الشخصية والعلاج النفسي ومؤداهما أن سلوك الفرد وعلاياته النفسية الأخرى تتوقف على توقعه للطرق التي ستحدث بها أشياء معينة ( أنظر المرجع رقم (٨) - بعبارة أخرى ، فإن سلوك الفرد تحكمه الى حد بعيد عوامل معرفية وفكرية كالتوقع وطريقة التنبؤ بحدوث أشياء معينة .

فالشخص الذي يتعرض لتجربة فشل في عمل ، أو صداقة ، أو حب قد يصيبه الاكتئاب والحزن اذا ما كان يتوقع بأنه لن يجد بديلا لقسارته للعمل ، أو للشخص . واستجاباته المكتئبة الحزينة ستختلف لهذا عن شخص يتبنى توقعات مختلفة تقوم على الامل في وجود بديل ناجح لخسارته . ولهذا السبب قد ينجح العلاج مع شخص بينما لا ينجح مع شخص آخر .

ثم اذا نظرت الى سلوك العصامي أو النهائي فستجد دون شك أن سلوكهما الدفاعي وغير الواقعي إنما قد يكون ناتجا عن نقص في المعلومات عن أساليب السلوك الملائمة . فطالب الكلية الذي يلقى من قرية صغيرة والذي يرغب بشدة في الحصول على الترخيص الاجتماعي قد لا يكون خجولا ،

لا يعرف ببساطة أساليب التقرب وأساليب التفاعل الاجتماعي (٩) .  
لكننا لا نعرف ما هو الصحيح قد نعرف في ممارسة ما هو خاطئ -

ثالثا : سانتقل الان الى مجموعة ثالثة من الأدلة على فاعلية العوامل الذهنية في اثاره الاضطرابات الوجدانية والسلوكية . وسأطلق على هذه المجموعة من الأدلة :

الأدلة التجريبية ، لأن بعضها يأتي من معامل علماء النفس لسلوكي نواتهم ، والبعض الآخر يأتي من تجارب باحثين معاصرين يتمون لفرعين رئيسيين من فروع علم النفس وهما الشخصية وعلم النفس الاجتماعي .

لنتأمل بعض النتائج التجريبية التي جأحتنا من دراسات بافلوف - مؤسس المدرسة السلوكية - لنرى ما اذا كان في نظريته أثر لما يسمى بالعوامل العقلية أو الذهنية . أن الكثيرين قد فهموا « بافلوف » خطأ على أنه صاحب نظرية ضيقة لوصف السلوك بمقتضاها لا تزيد الظواهر السلوكية ( من تعلم وخوف وحب وصداقة ، واكتئاب وتفاؤل وتشاؤم - الخ ) عن كونها استجابات شرطية .

ليس هذا هو كل « بافلوف » في الحقيقة ، فهناك جوانب مجهولة في نظريته تجعل منه عبقريا بحق من حيث تنبيهه لتعقد السلوك الانساني وبالتالي تعدد الشروط الموجهة لهذا السلوك . ففي عدد من التجارب أمكنه أن يحدث في حيواناته حالة من الاضطراب النفسي الشبيهة بالاضطرابات العصابية لدى البشر ، وأطلق عليها اسم العصاب التجريبي . وفي تحليله لهذا العصاب التجريبي لدى الميوانات لاحظ أن السلوك اللاتوقفي أو

المرضى يحدث بسبب عوامل منها :

١- استخدام منبهات حادة وشديدة ( كان يصحب تقديم الطعام بضوء مبهر ، أو صوت عنيف حاد ) .

٢- تأخير ظهور الطعام تدريجيا بعد ظهور المنبه الشرطى ( الضوء المبهر أو الجرس يصحبه الطعام أحيانا فوريا وأحيانا يتأخر لفترات طويلة ) .

٣- صعوبة التمييز بين المنبهات الشرطية لتقاربها واختلاطها ( مثلا ظهور درجات من الضوء الأخضر ، تدل إحدى الدرجات منها على ظهور الطعام ، لكن الحيوان يصعب عليه تمييز هذه الدرجة وتمييزها لان الفرق بين الدرجات اللونية السابقة أو اللاحقة طفيف أو ليست واضحة ) .

٤- التغيير المستمر وإبدال المنبهات الشرطية الايجابية بمنبهات شرطية سلبية والعكس ( ظهور الضوء الأحمر في بعض المرات يصحبه الطعام وفي بعض المرات تصحبه صدمة كهربية ) .

٥- التوتر البدنى الشديد أثناء عملية التثقيط .

وبالرغم من أن العوامل الخمسة السابقة عوامل سلوكية أساسا إلا أن « بافلوف » لاحظ شيئين :

أ - أن حيواناته لاتستجيب بطريقة متشابهة تماما للمنبهات المتشابهة . وقد أدى به هذا الى وضع نظريته عن الانماط المزاجية والتي بمقتضاها

حاول أن يفهم المرض النفسى عند الانسان . فلقد قسم الامزجة البشرية من حيث الاستجابة للبيئة الى أربعة أنماط معاملة للانماط التي وضعها أبقراط وهي النمط البلغمى ، والنمط الدموى والنمط السوداوى والنمط الصفراوى \* ونفى عن الذكر أن فى هذا التصور تكمن بذور الفروق الفردية وبالتالي الفروق فى العمليات المعرفية وأساليب التفكير .

كذلك أصبح بافلوف وبالتدريج واعيا للفروق بين الانسان والحيوان . فما دامت الحيوانات تختلف فيما بينها من حيث أنماطها المزاجية ، فان من المنطقى أيضا أن يختلف الانسان عن الحيوان . واستطاع بنجاح أن يحدد أن الفرق الرئيسى بين الانسان والحيوان يكمن فى قدرة الانسان على استخدام اللغة والرموز ، أو ما يسميه بمفهوم الجهاز الاشارى الثانوى الذى يمكن الانسان من استخدام الكلمات واللف كسبيل للاصوات والمرئيات الفعلية التى هى من خصائص الجهاز الاشارى الاولى . وفى هذا الصدد يفتبه " بافلوف " من جديد الى وجود فروق فردية بين افراد بنى البشر من حيث تنوع عمليات الجهاز الاشخاص ينشط لديهم الجهاز الاشارى الاولى ويسمى بهم بافلوف بالنمط الفنى ، أى الذين يهتمون بالرؤى المباشرة ، والاصوات ، والبعض الآخر ينشط

الشخص البلغمى هو الشخص الذى ينصرف طبقا للصوت والمزاج سعيد ، ومزاجه السعيد قد يعرض قصور فطنته وحكمته . وهو متعلق فى تعامله مع الآخرين .. ولا يظهر الاستسلام لهم ولكنه غالبا ما يحقق أهدافه . أما الشخص الدموى فهو عديم المبالاة ، اجتماعى محب للهو ، ويقتضى أهمية عظيمة على أى شئ يمارسه فى لحظة ممارسته له . أما السوداوى .. فهو عكس الدموى نقل " يبعد فى كل شئ مصدر لهم والاضطراب .. وسبيل للشكوى والهموم ولهذا السبب لا يكون سعيدا . أما الصفراوى فهو انسان عدوانى وسريع الانفعال . ومحب للشاء والمخاطرة والابهة .

لديهم الجهاز الاشارى الثانوى ويسمى بهم بافلوف بأصحاب النمط الفكرى .. وهؤلاء تزداد مهاراتهم فى استخدام اللغة والرموز . وإذا توازن نشاط هذين الجهازين تحدث الدرجات المتوسطة من الاشخاص الذين يوازنون بين استخدامهم للرموز والتعبير ، واستخدامهم للرؤى والاصوات المباشرة (١٠) .

ويعود الفضل لقلة أخرى من علماء النفس الفيزيولوجى الروسى ممن لحقوا بـ ( بافلوف ) لاثبات أن الكلمات وحدها قد تثير استجابات انفعالية حادة . فعلى سبيل المثال لاحظوا أحد منهم (١١) أن الاستجابات الفسيولوجية لدى مجموعة من الاشخاص عند استماعهم لكلمات مرتبطة بالالم ( مثل كلمة ألم ، أو أنين ، أو أذى ) تختلف عن الاستجابات المصاحبة للمواقف الفعلية التى تعبر عنها هذه الكلمات .

وقد اتخذ عالمان امريكيان (١٢) من النظرية الروسية منطلقا لتكوين نظرية فى العلاج النفسى تقوم على استخدام العمليات العقلية العليا . فمن رأى « نولارد » ، « ميلر » -صاحبا هذه النظرية- أن قدرة الانسان الخاصة على استخدام اللغة والاستدلال الرمضى تجعل استجاباته لكثير من المواقف المحيطة به متوقفة على تفسيره اياها أو على الرموز التى تحملها له . ولهذا فهما يريان أن استجاباتنا الانفعالية يمكن ادراكها على أنها استجابة للطريقة التى يدرك بها الشخص موقفا معينا وليس بالضرورة لخصائص موجودة فى الموقف ذاته .

وساكفى بذكر عدد قليل من التجارب التى تبين أن الشخص يمكن أن يستثير نفسه انفعاليا فى اتجاهات مختلفة كالحزن أو السرور أو القلق ، على حسب ما يقوله لنفسه أثناء أدائه لعمل ما ، أو مواجهته لموقف معين ،

أو عند تفاعله مع أشخاص معينين . فاقدر أمكن لأحد المجريين (١٣) أن يتجس فى التأثير فى الحالات المزاجية للشخص بتغيير محتوى العبارات التى يطلب من الفرد أن يرددها أثناء اندماجه فى نشاط معين . فعندما تكون العبارات ذات محتوى سار أو منشط مثل : ( اننى سعيد وفخور بنفسى ) ، يظهر آثار انفعالية تختلف عما لو كان محتوى العبارة ذا شكل اكتئابى أو حزين ( ان حياتى مليئة بما يكفينا من متاع ) .

ومن الطريف أنه تبين أن الاستثارة فى الجهاز العصبى تزداد وترتفع عندما يطلب من الشخص أن يفكر فى موضوعات ذات طابع مثير جنسيا ، بينما ينخفض النشاط ويقل الاستثارة عندما يطلب من الشخص أن يتخيل أنواع هادئة من النشاط والتخيلات . وقد ثبت فى دراسة تجريبية (١٤) أنه يمكن استثارة الخوف بتخيل مواقف كريمة ، أو ضارة فى موقف معين .

وهناك ملاحظات تلتبنا من مجال التمثيل المسرحى تبين أن الممثل تتابع مشاعر مختلفة بحسب العبارات التى يرددها لنفسه فوق خشبة المسرح .. فهو يفضب غاضبا حقيقا ، ويحتق ، ويفرح بحسب اتجاه الحوار ، أو المونولوج الداخلى الذى يردده على خشبة المسرح .

ونعرف من بحوث التعصب أن التعصب ضد الزوج وغيرهم من الإهليات يتخاطل إذا ما عرف الشخص معلومات دقيقة عن موضوع التعصب . ففي دراسة عن التعصب ضد الزوج تبين أن مرتبة الزوج وقيمتهم ترتفع ويزداد تقبلهم إذا ما اطلع المتعصبون على معلومات عن نود الزوج فى بناء الحضارة الانسانية . وتاريخهم ومساهماتهم فى التطور الاجتماعى (١٥) .

وتحمل بحوث الشخصية الحديثة أدلة ماثلة قوية على تأثير الاتجاهات العقلية وعمليات التفكير والابداع على توافق الشخصية. فقد تبين مثلا أن الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية والخاوف الشديدة غير الواقعية من الامتحانات يرتبطان ارتباطا قويا بوجود اتجاهات وافكار لا منطقية نحو هذه النشاطات. فالشخص يرى المواقف الاجتماعية والامتحانات مهددين له، ويبالغ في ادراكهما في أنهما مقياسان لقيمته وقوته.

وكذلك تبين أن بعض الافراد يتبنون معتقدات خاطئة تدفعهم للبحث عن تأييد الاخرين، وتوقع اتفاقهم معه فيما يقول أو يفعل ومثل هذا النوع من الاشخاص غالبا ما يعاني من الاضطرابات الانفعالية عندما يتخيل نفسه في موقف يرفضه الآخرون فيه، أو عندما يتعرض لرفض حقيقى.

وقد تبين في عدد من الدراسات لكاتب هذه السطور (١٦) أن القلق والتوتر النفسى يرتبطان بعدد من الخصائص ذات الطابع العرفى منها :

١- التطرف في الاحكام : فالاشياء أما بيضاء او سوداء. أى أن الشخص القلق والتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد - وهذا فيما يبدو ما يسبب له التعاسة والقلق، لانه يوجه اهتمامه لجزء محدد من تفسير الوقائع يوزن استخدام تفسيرات أخرى تنتشل من أسر الاستجابات العصبية.

٢- كذلك يميل العصبيون الى التصلب، أى مواجهه المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من التفكير.

وهم يتبنون أيضا اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقي كالتسلطية، والجمود العقائدى، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل، واستخدام المنطق بدلا من الانفعالات.

وهم يميلون للاعتماد على الاقوياء، ونماذج السلطة، واحكام التقاليد، مما يحولهم الى أشخاص مكثوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك.

فاضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة عادة ما تصحبها انزى غامضة متناقضة من التفكير عن الذات وعن البيئة. ولهذا فيجب تعتمد سياسة العلاج النفسى على تغيير مفاهيم المريض، حتى يتيسر التغيير في سلوكه المضطرب.

ومن البحوث التى نشرت فى هذا الميدان مجموعة دراسات كان بعضها تقييم أساليب مختلفة من العلاج مع مقارنتها ببعضها ببعض. انتهى عدد من هذه البحوث الى اثبات أنه يمكن تخفيض القلق العام، والقلق من مواقف محددة كالامتحانات، والدخول فى علاقات اجتماعية، اذا ما علمنا المرضى أن يعدلوا من طرقهم الخاطئة فى التفكير.

أضف الى ذلك النتائج المتعلقة بدراسة تأثير القيم والمعتقدات على الشخصية الانسانية. فمن المسلمات الرئيسية فى هذا الاتجاه أن المعتقدات والقيم المنطقية ( التى تتكون بالاعتماد على وجود حقائق واقعية

وصادقة) غالبا ما تبرز ظهور التكامل، والتوافق والابداع، والدافع لمواصلة الجهد في العمليات العقلية. أما القيم أو المعتقدات اللامنتطقية (أي التي لا تقوم على الحقائق أو لا تعتمد على وجود أدلة واقعية) فغالبا ما تؤدي إلى المبالغات الانفعالية كما تقلل من دوافعنا أو تشوه من وجهتها.

لهذا فعندما يتغير البناء الأساسي لقيم الفرد يتغير أيضا وجدانه وأسلوبه في التوافق الفعال\*.

نكتفي بهذا القدر من البراهين وننتقل الآن إلى مناهج العلاج التي تعتمد على التعديل من طرق التفكير، ثم أساليب ذلك.

## علاقة أساليب التفكير والاعتقاد

### باضطرابات الشخصية والسلوك

بالرغم من تعدد مناهج العلاج السلوكي المعرفي، فإننا سنحاول هنا أن نعرض ونقدم منهجا في التعديل المعرفي يقوم على التكامل والتوفيق بين وجهات النظر المختلفة.

والفكرة الرئيسية التي تعتمد عليها أساليب تعديل التفكير ترى - فيما ذكرنا - أنه لا يمكن الفصل بالنسبة للسلوك الانساني بين جوانب التفكير والانفعال والسلوك أو الفعل.

\* من أمثلة القيم اللامنتطقية التي يكون معورها الاعتماد على قوة خلرجية ثروه أو سلطة .. أو تقاليد تمتع السعادة والنجاح .... ومن أمثلة القيم المنطقية تلك التي تقوم على أمراك واقعي لقيمة الذات وقوتها مثل قيم الانجاز والابداع والقيم الجمالية.

جميع هذه الجوانب تتفاعل فيما بينها ويكمل بعضها البعض. بعبارة أخرى فانتى لا أستطيع القول بأن الانسان منفعل فحسب، لان الانسان وهو في قمة الانفعال يفكر بطريقة معينة، كما أنه يترجم انفعالاته إلى نشاطات خارجية. وبالمثل فالقيام بعملية تفكير في حل مشكلة معينة - مثلا - تصحب جوانب انفعالية متعلقة بالموضوع الذي يفكر فيه .. فمثلا عن ظهور جوانب حركية وسلوكية تصاحب عملية التفكير والانفعال بالموضوع. وعندما يسلك انسان معين نتيجة لمنبه خارجي، فإن التفكير يتوسط بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له. التفكير ان يكون بمثابة همزة الوصل بين الاستجابة (انفعالية أو حركية) والموقف الذي يسببها.

والاضطراب الانفعالي بهذا المعنى ليس حالة وجدانية منعزلة، بل إنه عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكي الداخلي (فكري) والخارجي (حركي) الذي وان بدت مظاهره متنوعة، فإنها في الحقيقة مترابطة ومتلاحمة.

لهذا فمن الممكن - نظريا - ضبط الانفعال بأكثر من طريقة. اذا كنت أشعر مثلا باستثارة انفعالية (قلق أو خوف، أو اكتئاب) نتيجة لموقف معين، فإن من الممكن تهدئة انفعالنا وضبطه بطرق مختلفة. يمكن مثلا ضبط المظهر السلوكي للانفعال.. كضبط الخوف واستبداله باستجابات ملائمة عن طريق الاسترخاء أو التلمين أو تأكيد الذات،

أو العقاقير المهدئة. وما فكرناه في الفصول السابقة حتى الآن  
يعتبر نمونجا - أو نماذج - لضبط الجوانب السلوكية للانفعالات  
والاضطرابات .

لكن من الممكن أيضا ضبط الانفعال من خلال المناقشة  
المنطقية مع النفس أو مع شخص له في النفس مكانة خاصة بحكم  
الخبرة والمعرفة ( كمعالج ، أو أخصائي نفسي ، أو صديق - الخ ) وهذه  
الطريقة نحاول أن نغير من اتجاهنا الذهني على أمل أن يؤدي هذا  
التغيير إلى تغيير في حالتنا الانفعالية.

بعبارة أخرى ، فإن التفكير والانفعال والسلوك أشكال متلاحمة.  
ومن الخطأ القول بأن تغيير الانفعال وحده يؤدي إلى تغيير التفكير ، أو  
أن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعال ، لأن تغيير التفكير يؤدي  
إلى التغيير في الانفعالات والعكس أيضا صحيح. أن جانباً كبيراً من  
الانفعالات فيما يرى واحد من المعالجين المعاصرين :

« ... لا تزيد عن كونها أنماطاً فكرية متحيزه ، أو متعصبة ، أو تقوم  
على التعميم الشديد - أن التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير  
والتأثر في علاقة دائرية ، بل أنهما في كثير من الأحيان يصبحان شيئاً  
واحداً بحيث يحكم ما يقوله الفرد لنفسه عند حدوث شيء معين الصبغ  
الانفعالية التي ستبرز » .

وفي الممارسة العلاجية الحديثة من الضروري على المعالج السلوكي

أن يعرض نفسه لخبرات متنوعة ونماذج متعددة من الأساليب التي تمكنه  
من تعديل السلوك ، والانفعال ، وطرق التفكير على السواء . والمعالج  
المعرفي السلوكي يحتاج أكثر من غيره من زملاء العلاج السلوكي  
التقليدي أو التحليل النفسي إلى الاطلاع والابتكار في ميادين بحث تغيير  
الاتجاهات والأنماط الفكرية والمعتقدات ، ما أمكنه ذلك .

الأساس المعرفي للسلوك في معادلة مبسطة :

إذا افترضنا - فيما يرى ألبرت إليس - من نيويورك (٢١) أن  
مادة معينة ونرمز لها بـ : ( أ ) وفاة قريب ، طلاق ، فشل في امتحان ،  
محنة من شخص غريب ، الفصل من العمل ) قد أثارت استجابة  
عالية نرمز لها بالحرف ( ت ) ( حزن - قلق - أو سرور - الخ ) فإن حدوث  
الحادثة ( أ ) ولو أنه يعتبر مثيراً للحالة الانفعالية الناتجة ( ت ) ، لا يعتبر  
في الحقيقة هو السبب الرئيسي لهذه الاستجابة. ذلك لأن الاستجابة  
الانفعالية قد تختلف نتيجة لطريقة إدراكه وتفكيره في هذه الحادثة ،  
أساليب اعتقاداته عنها .

أي ما يمكن أن نرمز له بالحرف ( ب ) أنها إن لم تستأ ( الحادثة )  
التي أدت إلى ( الاستجابة الانفعالية ) ، بل هي ب ( طريقة إدراكه  
تفكيره في الحادثة ) هي التي تعتبر مسئولة عن إبراز هذه الاستجابة .

لهذا فإن شعورنا بالاختئاب أو الحزن المرضي إثر الفشل الشديد  
لحقيق هدف معين ، أو خسارة شخص عزيز ( أ ) ، لم ينشأ إلا نتيجة لما

أنسجه من تصورات سوداء حول هذه الخسارة (ب) تصویری مثلاً بلز  
الفشل شيء فظيع وغير محتمل ويثبت بأننى انسان ضئيل الهمية أو غير  
أو وحيد.. الخ )

لكن استجاباتنا الانفعالية لا تكون مريضة أو مضطربة على النوم  
فازاء الفشل أو الخسارة فى المثال السابق قد تكون الاستجابة  
الانفعالية ذات طابع ايجابى ، بحيث أن الشخص قد يأخذ من هذا  
الفشل أو هذه الخسارة عبرة ويحاول أن يطرح من شخصيته أشياء أدت  
به الى هذا الفشل ، وان يتبنى خطة جديدة تحاول أن تحقق له مزيداً من  
النجاح . هنا أيضاً تحكم الاستجابة الانفعالية الايجابية - مثلها مثل  
انفعال الاكتئاب السابق - بما سيقوله الشخص لنفسه وبما وعد فكره  
عليه - فقد يكون تفكيره ازاء الفشل بأنه : « شيء سئ حقيقة أن تكون  
الاشياء كما لانشتهى لها أن تكون ، ولكن على أن أحاول بكل جهدى  
تغيير الظروف التى أدت اليها بحيث تكون الاشياء مستقبلاً مقبولة  
ومحتملة الى حد ما » .

ان فنراء كل انفعال - ايجابى أو سلبى - بناء معرفى ومعتقدات  
سابقة لظهوره .

ولما كان السلوك أو الانفعال يتفاوتان من حيث السوء والمرض  
( بعض السلوك جيد وبعضه سئ ، وبعض الانفعالات ايجابى وبعضها  
سلبى ) ، فان التفكير المصاحب أو السابق لهما يتفاوت أيضاً من حيث  
لمعقولية اللامعقولية . بعبارة أخرى إذا كانت طريقة التفكير عقلية  
منطقية فإن السلوك سيكون جيداً ، والانفعال أيضاً سيكون إيجابياً

عالمزید من النشاط والبناء ، والعكس صحيح : اذا كانت طريقة  
غير لاحقبولة ولا منطقية فان السلوك والانفعال كليهما سيكونان على  
مرتفعة من الاضطراب .

لهذا يميز المعانيون السلوكيون المعرفيون المعاصرون بين نوعين من  
معتقدات :

اعتقادات منطقية ومتعلقة ، ويصحبها فى الغالب حالات وجدانية  
ملائمة للمواقف ، وتنتهى بالانسان الى مزيد من النضوج الانفعالى  
والخبرة والعمل البناء .

اعتقادات لامنطقية وغير متعلقة تصحبها الاضطرابات الانفعالية  
المرضية ( كالعصاب والذهان وغيرها ) .

أما متى تكون الاعتقادات وأساليب التفكير منطقية ومتعلقة ، فان  
يتوقف على انسجامها مع أهدافنا العامة ، وقيمتها الاساسية فى  
الحياة ، وتحقيق السعادة والفاعلية والاجتماعية ، والابداع ، والايجابية .  
غير المعتقدات وأساليب التفكير منطقية عندما لاتخدم توافقنا مع واقع  
يحكم علينا بالسلبية والهزيمة والانسحاب وبالتالى الشعور بالضالة  
بهم الفعالية .

ويقودنا هذا الى ضرورة الالام بأنواع الاساليب الفكرية والمعتقدات  
خاطئة التى تؤدى الى الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق .

## معتقدات فكرية خاطئة \*

من رأينا أنه يمكن تصنيف العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسى والعقلى الى فئتين من العوامل هما :

أ- عوامل متعلقة بمحتوى الافكار والمعتقدات.

ب- عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات.

أما محتوى الافكار أو المعتقدات فأقصد به مجموع وجهات النظر والافكار التى يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين ، ومن المؤكد أنه يمكن الرجوع بالمرض النفسى والاضطراب الى عناصر من التفكير ، والتصورات الخاطئة ، والاتجاهات والقيم التى تسبب فيما يبدو الهزيمة ازاء أحداث الحياة.

يذكر أحد المنظرين للعلاج النفسى - فى هذا المعنى - ان الانسان أى انسان يعتبر بشكل ما عالما (١٧) وهو لا يعنى بالطبع أن كل انسان يلبس معطفا أبيض ، أو يحمل شهادة ماجيستير أو دكتوراه ، لكنه يرى بأن كل فرد ، مثله فى ذلك مثل العلماء ، يتبنى ويعتقد عددا من التصورات عن نفسه ومفاهيم عن الأشياء والآخرين . ويطلق كيلي - صاحب هذا الرأى - فى مواقع أخرى اسما مختلفا على هذه التصورات : فيسميها أحيانا المعتقدات ، ويسميها أحيانا أخرى الفلسفة العامة للشخص.

\* عند الصبغ عن معتقدات فكرية خاطئة لا تقصد الإشارة الى الاخطاء بالمعنى المنطقى الذى يود فى نواحي المنطق والفلسفة ، بل تقصد الجوانب الفكرية التى تسود لدى المضطربين والمرضى .

نحن ما يفرق الفلسفة العامة أو مفاهيم الشخص حول نفسه وحياته الفيلسوف أو العالم ، هو أن فلسفة الشخص العادى قد تكون متمسكة تحقق لصاحبها التوافق مع نفسه ومع الآخرين ، وقد كذلك .

عندما يواجه الفرد أى موقف أو شخص فانه ينظر اليه ويتعامل مع فلسفته العامة . فيشعر بالتهديد أو الطمأنينة ، بالسلام أو فى مناصبته العداء ، بالحب أو الكراهية ، بالقلق أو الهدوء ، أو الاحجام حسب ما تمليه عليه فلسفته العامة ومجموع وجهات نظراته عن الحياة والآخرين .

إذا كان العصاب يعبر عن اضطراب فى المشاعر والانفعالات ، فانه يكون انتم مرتبطا أو ناتجا عن أخطاء فى محتوى الافكار أو الشخصية للعصابى ، أى ما نسميه بالافكار ووجهات النظر الخاطئة .

إذا كان الشخص العصائى أساسا انسانا يتصرف بطريقة أقل انسجاما به امكانياته ، أو شخصا يهزم نفسه عند تحقيق أهدافه من قدرته - نظريا - على تحقيقها تحقيقا سليما ، فانه يترتب ذلك أن نقول بأنه يتصرف بطريقة غير متعقطة ، ولا منطقية ، وغير (١٨) .

الآن ما هو مجموع التصورات أو الفلسفات اللاواقعية ، التى من اذا ظهرت لدى شخص معين أمكن القول بأنه شخص مضطرب



نفسيا أو على وشك أن يكون كذلك أو أن نتوقع على الأقل بأنه سينصرف  
بكفاءة أقل ، وسنواجه الأمور باستجابات سلبية كالغضب ، أو الاكتئاب ،  
وسيهزم نفسه من جراء هذا ؟

فيما يلي بعض الأفكار التي تبين أن الشخص إذا ما قالها لنفسه  
عند مواجهة موقف معين فأنها تؤدي به مباشرة الى إثارة الاضطراب  
والهزيمة \* .

### الفكرة الأولى

أفضل في كل هذه الحالات الفكرة القائلة ان من الضروري أن  
يكون الانسان محبوبا من الجميع ومؤيدا من الجميع فيما يقول وما يفعل  
، بدلا من التاكيد على احترام الذات ، أو الحصول على التأييد لاهداف  
محددة ( كالترقية في العمل مثلا ) ، أو تقديم الحب بدلا من توقع الحب .

### الفكرة الثانية

الفكرة القائلة أن بعض تصرفات الناس خاطئة او شريرة ، أو  
مجرمة ، وأنه يجب عقاب الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات عقابا  
شديدا ، بدلا من الفكرة أن بعض التصرفات الانسانية غير ملائمة أو  
لا اجتماعية وأن الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات أغبياء ، أو  
جهلة ، أو مضطربون انفعاليا .

\* تجدر الإشارة هنا إلى أن البورت إليس ( ١٨ ) يعتبر صاحب المبادأة الرئيسية في حصر وجهات النظر  
والأفكار اللامنتظية .

### الفكرة الثالثة

الفكرة القائلة أنها كارثة أو مأساة عندما لا تفسر الأشياء كما لا  
نشتهي لها أن تكون ، أو عندما لا تصح الأشياء كما نتوقع لها ، بدلا من  
الفكرة أن من السبب أن تكون الأشياء كما لا نشتهي لها أن تكون ، وأن  
علينا أن نحاول بكل جهنم لتغيير الظروف أو ضبطها بحيث تكون الأشياء  
مقبولة الى حد ما . لكن إذا كان تغيير المواقف السيئة غير ممكن أو  
مستحيلا ، فإن من الأفضل للشخص أن يمهّد نفسه لقبول الأشياء وأن  
يتوقف عن تصويرها بأنها فظيعة وقاتلة .

### الفكرة الرابعة

الفكرة القائلة ان شقاونا وتعاستنا وعدم احساسنا بالسعادة نتاج  
أشياء خارجية عنا : ظروف أو حظ أو أشخاص آخرين أو مكان معين ،  
بدلا من الفكرة ان جزءا كبيرا من مصيرنا نحكمه نحن بآرائنا وتصرفاتنا .

### الفكرة الخامسة

الفكرة القائلة انه شئ طبيعي أن يشعر الانسان بالقلق والتوتر  
عندما تحدث أشياء خطيرة أو سيئة ، بدلا من الفكرة أننا يجب أن نواجه  
مصادر الخوف والقلق بصراحة ونحاول أن نقلل من الآثار السيئة التي  
تتربط عليها . فإذا كان ذلك مستحيلا فانه يمكن للانسان أن يهتم بأشياء  
أخرى ، ويتوقف عن تصور أن هذا الشئ خطير أو مخيف .

## الفكرة السادسة

الفكرة القائلة ان من السهل والاحسن أن نواجه مصاعب الحياة ومؤولياتها بالتجنب والانسحاب ، بدلا من الفكرة أن الحل السهل السريع هو حل قد يؤدي على المدى الطويل الى آثار سيئة ، وأنه يجب لهذا مواجهة المصاعب عندما تنور وليس البعد عنها وتجنبها .

## الفكرة السابعة

الفكرة القائلة ان الانسان يحتاج لشيء ، أو لشخص اخر اقوى وأعظم خبرة لكي يساعده على تحقيق أهدافه في النجاح ، بدلا من الفكرة أن من الاحسن كثيرا أن نعتمد على أنفسنا وأن نقف على قدمنا وأن نستمد ايماننا من أنفسنا ومن قدراتنا ومن قيمنا الخاصة عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها .

## الفكرة الثامنة

الفكرة القائلة ان الشخص يجب أن يكون قادرا دائما على التحدي والمنافسة والتفوق والنكاه في كل الجوانب الممكنة ، بدلا من الفكرة أن من الممتع للنفس أن يكون الانسان متمكنا من شيء ما يتقنه ويستمد منه الاشباع وتحقيق الذات.

## الفكرة التاسعة

الفكرة القائلة اننا نتصرف ونسلك بطريقة معينة بسبب آثار سيئة على تربيتنا في الماضي وان الماضي قد لا يمكن تجنبه ، بدلا من الفكرة اننا أصحاب مسئولية أساسية عما يصدر منا من تصرفات وان الماضي يمكن تجنب آثاره السيئة اذا ما عد لنا وجهات نظرنا وتصرفاتنا الحالية .

## الفكرة العاشرة

الفكرة القائلة أن من الواجب أن يشعر الانسان بالتعاسة والحزن عندما يشعر الآخرون بذلك أو عندما تحقق بهم مشكلة أو كارثة ، بدلا من الفكرة أن الانسان يجب أن يتمالك نفسه إزاء مصائب الآخرين ، لأنه سيكون أكثر فائدة لهم مما لو كان كئيبا أو مهزوما مثلهم.

## الفكرة الحادية عشر

الفكرة القائلة ان السعادة البشرية والنجاح أشياء يمكن الوصول اليها بون جهد ، بدلا من الفكرة أن على الإنسان أن يفعل شيئا وأن يجاهد نفسه لخلق مصادر خاصة لسعادته وأنه بمقدار الجهد المبذول بمقدار ما تتحدد غاياته.

## الفكرة الثانية عشر

الفكرة القائلة ان هناك مصدرا واحدا للسعادة وانها لكارثة اذا ما أُلْغِيَ هذا المصدر أو فقد بدلا من الفكرة أن الانسان يستطيع أن يحقق

سعادته من مصادر مختلفة ، وان يبدل أهدافه بأهداف أخرى اذا ما  
تطلب الأمر ذلك .

ولعل القارئ يحتاج لمثال يصور كيف تقوم هذه الأفكار  
بإثارة اضطراباتنا وكيف يمكن تحييدها من خلال المحلورة ،  
والمثال الآتى يوضح جزئا من جلسة علاجية بين شخص مصاب  
بالكتئاب ومعالجه :

المريض : أحس اليوم بضيق شديد وأن زملاء لم يعوخوا يحبوننى كما  
كانوا من قبل .

المعالج : تشعر بالضيق لأن زملائك لا يحبونك ؟

المريض : نعم هذا صحيح . أليس شيئا طبيعيا أن نشعر بالتعاسة عندما  
نفقد حب الناس يوما بعد يوم ؟

المعالج : لا .. انك لم تكن متضايقا لهذا السبب .

المريض : لم أكن ؟ ماذا تعنى ؟ ولكن هذا ما حدث .

المعالج : لا ، اننى أصبر . انك تظن بلك كنت تعيسا لهذا السبب .  
ليس أكثر من ظن . بينما الامر ليس كذلك .

المريض : فلماذا كنت قرفانا وضيقا الآن ان لم يكن لهذا السبب ؟

المعالج : ان الامر بسيط - بساطة الحروف الهجائية - ف (ا) - فيم أرى  
فى حالتك - هى الحادثة التى أدت الى عدم حب زملائك لك .

نفورهم منك ، دعنا نفترض أنك حاولت أن تلاحظ سلوكهم جيدا ،  
وأنت ربما تكون قد توهمت أنهم لا يحبونك كالسابق .

المريض : أؤكد لك أنهم يكرهوننى . ان الامر واضح بالنسبة لى وضوح  
الشمس .

المعالج : معنى أفترض أنهم يكرهونك ولا يحبونك ، وان عدم حبهم لك هو  
« أ » . والآن فان « ت » هى استجابتك بالتعاسة والضيق هو ما  
حدث نتيجة لهذا .

المريض : هذا صحيح .. انى أتفق معك على هذا تماما .

المعالج : جميل انن ف « أ » هو موقف عدم حب الآخرين لك ، و « ت » هى  
شعورك بالتعاسة . انك ترى « أ » ثم تشعر « ت » ولهذا نفترض أن  
« أ » عدم حبهم لك هو السبب فى « ت » وهو اكتئابك وشعورك  
بالتعاسة . لكن « أ » ليست السبب فى الحقيقة .

المريض : ليست السبب ؟ فما هو السبب انن ؟

المعالج : انها « ب » وليست « أ » .

المريض : وما هى « ب » ؟

المعالج : « ب » هو ما كنت تقوله لنفسك عندما كنت فى الاجتماع مع هؤلاء  
الزملاء .

المريض : ما كنت أقوله لنفسى ؟ لم أكن أقول لنفسى شيئا آنذاك .

المعالج : لا لقد فعلت . لقد كنت تقول لنفسك شيئا ما بكل تأكيد .. والآن  
كنت شعرت بما شعرت به . ولو أن الامر كان سقوط حجر منك  
على رأسك أو شيئا من هذا القبيل فشعورك له ما يبرره . لكن لم  
يسقط عليك حجر ، ولم يحدث شيء بسبب الاذى الفعلى . انن لمن  
الواضح ان ، هناك شيئا كنت تقوله لنفسك وهو الذى أدى الى  
اثارة شعورك بالاكتئاب .

المريض : ولكنى أقول لك صادقاً وبكل أمانة بلقنى لم أقل شيئا .

المعالج : لقد قلت . دعنا نعود الى اللحظة التى حدث فيها هذا الموقف ، تذكر  
ما كنت تقوله لنفسك . وقل ماذا كان ذلك ؟

المريض : لقد ..

المعالج : هـ .

المريض : ( بعد لحظة تفكير وتامل ) اعتقد أننى فعلاً كنت أقول لنفسى  
شيئا ربما كنت أقول لنفسى شيئا من هذا القبيل : أنهمك لا  
يحبوننى . وان الكراهية تظهر فى عيونهم .. انه لشيء بشع لماذا  
يفعلون ذلك . وكيف يجرون على ذلك معى أنا الذى أفنح قلبى  
وأمنح وقتى لهم .

المعالج : بالضبط .. وهذا الذى كنت تقوله لنفسك هو «ب» . هى «ب» دائما  
أو ما تقوله لنفسك هو الذى يثير مشاعرك بالشكل الذى وصفته من  
قبل . الا بالطبع فى بعض الحالات المادية عندما يقع مثلاً شيء

بمادى أو محسوس حجر أو قطعة صلبة أو شيء من هذا القبيل  
يؤدى الى اذى حقيقى . ولكن عدا ذلك من حوادث : كلمة من  
شخص ، ايماءة ، أو اتجاه ، أو شعور ضدك فان ما يحكم النتيجة  
دائماً هو أنت . فاذا تركت هذه الكلمة أو الايماء أو شعور الآخرين  
نحوك بسبب الاذى أو التعاسة فانك تكتب لانك سمحت بذلك ، أى  
لانك تقول لنفسك مثلاً أن هذا شيء فظيع وبشع ومأساوى ، وهذا  
هو ما أعنيه بـ : « ب » .

وماذا أفعل آنن ؟

سأبين لك بالضبط ماذا تفعل . اريد أن تحضر مع زملائك كل  
الاجتماعات سواء كانت رسمية أو غير رسمية . ان لم تكن توجد  
اجتماعات : اخلق لقاءات بينك وبينهم . ولكن حاول فى هذه المرة  
بدلاً من ان تجعلهم يحبونك أو يتصورون بأن كل كلمة تقولها تدل  
على أنك انسان خطير الشئ - بدلاً من هذا أريدك أن تقوم بشئ  
بسيط .

مريض : وما هو ؟

المعالج : أريدك أن تلاحظ مجرد ملاحظة وأنت معهم ما تقوله لنفسك عندما  
يظهر عدم حبهم أو اهمالهم لك . لاحظ حديثك ..... الصامت  
والعبارات الداخلية التى تقسرها استجاباتهم لك أو اهمالهم . هل  
تستطيع أن تفعل ذلك ؟

## أساليب أخرى من التفكير

### المخاطب غير النعال

عند التفكير في حل مشكلة معينة أو فهمها ، تحدث أخطاء في الفهم  
تفسر مما يشوه صورة الواقع وبالتالي يثير الاضطرابات السلوكية ، من

#### المبالغة :

وتمثل في الميل للمبالغة في ادراك الاشياء ، أو الخبرات الواقعية ،  
منفاه دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها . ومن الثابت أن  
المبالغة في ادراك نتائج الاشياء يميز الأشخاص المصابين بالذات بالقلق .  
يكثر الشخص في حالات القلق يتميز بالمبالغة في تفسير الموقف مما يؤدي  
في إثارة مشاعر الخوف والتوتر . فهو دائما يتوقع الشر لنفسه ، ولاسرتة ،  
لممتلكاته ، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والأشخاص  
الهمين في حياتهم وربما لا توجد أسباب لذلك . والشخص القلق يبالغ في  
تصور خبرات ( قد تكون محايدة ) في علاقاته بأصدقائه ، أو أقاربه ، أو  
زملائه فيدركها على أنها مهينة أو محبطة .

وإذا كانت المبالغة والتضخيم من الاشياء الخاطئة لأنها تثير القلق  
والجزع ، فالعكس غير صحيح ، أي أن التقليل من المخاطر الواقعية قد  
تكون له أيضا نتائج الانفعالية سلوكية معاكسة . فالتقليل من المخاطر الفعلية

المريض : لا أعتقد أن هذا شيء عسير . ملاحظة ما أقوله لنفسى وحوارى  
الصامت معها عندما لاحظ كراهية الآخرين .

المعالج : نعم ، هذا هو كل ما نريده في الوقت الحالى . فى الجلسة التالية  
دار هذا الحوار :

المعالج : هل فعلت ما اتفقنا عليه ؟

المريض : نعم . لقد كان شيء يدعو للهزيمة .. كل ما كنت أقوله لنفسى هو  
عبارات من الرثاء الذاتى - لا شيء أكثر من الرثاء لحالى .

المعالج : بالضبط رثاؤك لذاتك ، ولاشيء أكثر من هذا ، لاغريب انن أن تكون  
تعبسا ومكتئبا بهذا القدر . دعنا الان نرى ما اذا كان يمكن أن  
تغير من ذلك ، وأن تبدل من سلوكك الذهنى الذى يسبب هزيمتك .  
لنرى كيف أنك يمكن أن تتنشل نفسك من هوة هذا الاضطراب  
والهزيمة (١٩) .

وسترى فيما بعد الأساليب التى يمكن استخدامها للاستعاضة عن  
الأفكار اللامنطقية بأفكار أخرى منطقية وأساليب تعديل السلوك الذهنى  
بشكل عام . أما الآن فيبقى أن نشير الى الأساليب الاعتقائية والذهنية  
العامة التى تساهم بدورها فى أحداث الاضطراب .

غالباً ما يؤدي الى الانفعال وتكرار التجارب الفاشلة . كما قد يؤدي الى تخفيض الدافع الى مواصلة الجهد والانجاز .

ومن المؤكد أن مجاهدة النفس على الإدراك الموضوعي للواقع ( نون مبالغه أو تقليل ) يعتبر بمثابة الوسط الذهبي الذي يمنح الانسان القدرة والبصيرة على التوجيه الفعال لشاعره وسلوكه .

التعميم :

يلاحظ برتراند راسل أن اليقين المطلق من أعداء التفكير البشري المنطقي ويكتب :

« ان البعد عن المطلقات يعتبر - في نظري - من الاشياء الجوهرية للتعقل والتفكير المنطقي » .

وكذلك يلاحظ فؤاد زكريا أن :

« اليقين كثيراً ما يكون مضللاً - واننا لنلاحظ في تجربتنا العادية ان أكثر الناس يقينا هم عادة أكثرهم جهلاً » (٢٠) .

وفي مجال علم النفس من الثابت أن الميل للتعميم من الجزء الى الكل يعتبر من العوامل الحاسمة في كثير من الامراض الاجتماعية كالتهصب القومي ، والتهصب الدولي والعنوان . فكثير من الخصائص السلبية التي ننسبها لجماعة معينة لكي نبرد تعصبنا نحوها قد يكون في الحقيقة تعصب خاطئاً لخبرة سبئية مع فرد ينتسب لهذه الجماعة . ولهذا ليس من النادر

جد كثيراً من الذكور الذين مروا بخبرة سبئية مع واحدة من الجنس الآخر غالباً ما يريدون : لاثق في المرأة . والعكس صحيح ، فكثير من النساء يريدن « الرجال جميعاً سواء » . ومثل هذه التعميمات تكون بداية لظهور طود سوء التوافق أو علامة له .

والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بكثير من الانماط المرضية ، خاصة في كتاب والفصام .

فالكتنب غالباً ما يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميماً سلبياً . توجيه نقد غير مقصود له قد يعنى عنده : « أنتى انسان فاشل لا يحسن التفكير » وفشله في تحقيق هدف ولو جزئى قد يعنى لديه « أنتى انسان مهز عن تحقيق آمالى في الحياة » . وبعد صديق أو رفيق عنه قد يعنى « أنتى بدأت أخسر كل أصدقائى » . وإذا حدث وأن رئيسه أو زميلاً من لائه قد نسي ان يبادلته التحية فاذن « أنتى انسان مكروه وغير مرغوب فيه » وكثير من الاشخاص الفصامين خاصة الذين يتسلطهم هواجس عظيمة أو الاضطهاد يستخدمون هذا الاسلوب المشوه من التفكير فقد شتمك الشخص في هذه الحالات بأن مخايرات انذولة تعمل ضده بدليل أنه في الصباح الباكر شخصاً يسير بجوار منزله وهو يختلس النظر الى شغل حجرته .

ويعتبر التعميم الخاطئ أيضاً من العوامل الحاسمة في اكتساب المخاوف المرضية . وقد لاحظنا من قبل في حالة الطفل « ألبرت » أن خوفه من الفأر قد تعمم على كل الحيوانات ذات الفراء ، فأصبح يخاف من الارانب والفئران والقطط وغيرها .

ولما كان المعالج النفسي المعرفى يقدر دور هذا العامل فى المساهمة فى اضطرابات البشر ، فإن عليه أن يؤكد باستمرار لريضه بأنه لا يوجد شئ أكيد تماما ، وإنما قد يكون مرجحا بقوة قليلة أو كبيرة .

#### الثنائىية والتطرف :

يميل بعض الأشخاص لاثراك الاشياء اما ببيضاء أو سوداء ، حسنة أو سيئة خبيثة أو طيبة ، صانقة أو خاطئة ، نون أن يتركوا أن الشئ الواحد الذى قد يبدو فى ظاهر الامر سيئا ، قد تكون فيه اشياء ايجابية ، أو يؤدى الى نتائج ايجابية . ويطلق الباحثون فى علم النفس على هذه الخاصية من الشخصية مفاهيم مثل النفور من الغموض أو تصلب الشخصية . وقد اشرنا من قبل الى عدد من الدراسات التى قمنا بها فى البيئة العربية . والتى بينت أن هذه الخاصية من التفكير ترتبط بسمات لاتوافقية كالتعصب والتسلط والتوتر ، والقلق . وتتفق هذه النتائج مع بحوث الغرب ، وبحوث عربية أخرى .

وفى ميدان العلاج النفسى يمكن أن نكتشف هذه الخاصية بسهولة فى تفكير المضطربين . ولهذه الخاصية تأثير سئ فى العلاقات الاجتماعية ، كسوء التوافق بين الأزواج . فإذا كان الزوج والزوجة يميلان بنفس القدر الى هذا النوع من التصلب ، فإن الصراع وسوء التوافق بينهما يعتبران نتيجتين مرجحتين .

وتتمثل عبارات المضطربين وكلامهم بكلمات مثل « مطلقا » ، و « من المستحيل » ، و « دائما » ، و « بالمرة » . وقد نجد عبارات منتشرة فى

#### حالات سوء التوافق مثل :

- هذه المرأة لا تطاق بالمرة .

- زوجى لا يفكر الا فى نفسه .

- لا أرى على الإطلاق فائدة فيما أقوم به .

- حياتى لا يقيها أحد .

- أحب أعمالى أن تكون كاملة وتامة .

- حياتى تفتقد بالمرة عنصر الحب .

- العالم الذى أحيته عالم ظالم وغير منصف على الإطلاق .

- لم أحاول إطلاقا أن أفعل أشياء لست متأكدا من نتائجها .

ولا شك أن حالات كثيرة من الضيق والاكتئاب قد تتملك المرء إذا ما كان يمتنع إزاء الاشياء التى تواجهه آراء يقينية عن سوء نتائجها بالنسبة له . وذلك كالطالب الذى يحزن لأنه حصل على جيد جدا عندما يرى أن الحصول على أقل من ممتاز يعتبر بالنسبة له مقياسا مطلقا لقيمته ونكاته . لذلك نجد أن كثيرا من النجاح فى العلاج النفسى يتبعه اختفاء للطموحات المطلقة ، أو نزعات الكمال المتطرفة .. الخ .

وفى تحليل الاضطرابات الوجدانية كالفصم ، والاكتئاب والعصاب نجد أن عامل التطرف من العوامل الهامة فى إثارة هذه الاضطرابات . فعندما يقول الفرد لنفسه « اننى انسان فاشل بالمرة ولا نفع فى » ، قد

## أساليب فعالة في تعديل طرق التفكير الاعتيادية

سوف نعرض باختصار في الفقرات التالية بعض الأساليب الحديثة في تعديل الطرق الخاطئة من التفكير كما عرضنا لها في الصفحات السابقة . ويشفى أن نعترف في الحقيقة بأن التركيز على الحالات الداخلية (طرق التفكير والمعتقدات) قد أضاف امكانيات متعددة لتغيير السلوك ، وأدى الى استبصارات متعددة في استخدام الأسلوب العلمي في علاج الشخصية . فلقد أوضحنا في الصفحات السابقة أن الناس يحاولون أنفسهم الى مضطربين ومعرضي بسبب وجود عادات سيئة من التفكير الخاطئ ، وسلسلة من المعتقدات التي تقود الى هزيمة الذات . لهذا فمن الضروري أن يتبنى المعالج نورا ايجابيا قويا مع مريضه . وقد رأينا في المثال الذي تعرضنا له من قبل أن المعالج يساهم بايجابية في تقديم التفسير لمريضه ، وفي القيام بطريقة مباشرة بمساعدته على استنتاج الانكاس الداخلية (اللامنتطقية) التي كانت تسيطر عليه عندما كان يلتقي بزملائه أو يتفاعل مع الآخرين .

ومن الملاحظات في نظريات العلاج المعرفي أن جزءاً كبيراً من اضطراب سلوكنا يتم بفعل تفكيرنا الخاطئ لكننا ايضا تفكر بطريقة خاطئة لاننا لانعرف الطريقة الصحيحة من التفكير .

فجزء كبير اذن من وجهات نظرنا ، ومعتقداتنا الخاطئة ونقص التفكير السليم ينتج عن أننا لم نتعلم - أو لم نعلمنا أحد - كيف يكون التفكير السليم . لهذا نجد أن أساليب علاج المسالك الذهنية هنا ينحون نحو عقليا

وتربويا . ويؤكد البورت اليسر كما أكد من قبله أدلر - أن العلاج يجب أن يتضمن عملية إعادة تربية ، وضرورة التحاور مع المريض بكل الضروب المنطقية من الحوار لكي نبين له الجانب الخاطئ في تفكيره ، مع دفعه مباشرة الى استنتاج الطرق الصحيحة وتطبيقها .

والنقص المستمر للأفكار الخاطئة مع الاقناع يساعد على كشف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تعد تجدى . ولهذا فأننا باستمرارنا في تبنيها نكرر اضطراباتنا وأخطائنا بهذا فيروها فحسب بل أننا سنعمل على زيارتها وقوة تأثيرها . وتبني بحوث علماء النفس الاجتماعي أن الاقناع من خلال الأساليب التربوية والمحاضرات والمناقشات يؤدي الى تعديل واضح في الاتجاهات العنصرية ويقلل من التعصب . ولهذا تقوم في الولايات المتحدة بجهودات شاملة في كثير من المدارس على اعطاء معلومات عن الاقليات ذلك أن من المعروف أن من يعرفون أشياء أكثر عن جماعة أو اقلية ما يقلل عنوانهم وتقل كراهيتهم لتلك الاقلية ومن ثم فإن التقدير في المعرفة غالبا ما يعكس آثاره في مجال الفعل والشعور . وشئ من هذا القليل يحدث في حالة الاضطرابات الفكرية ، فكلما ازداد وعينا وتبصرنا بأن هناك بدائل فكرية صحيحة ، ازدادت جاذبية تلك الأفكار الصحيحة واحتمال تبنيها كسلوب دائم وجديد في الشخصية .

ومن المهم هنا أن نشير الى النتائج التي تثبت قاطعية الاقتناع والنقص في تغيير الاتجاهات دلائل قوية ويستخدمها الناس في مجالات



اجتماعية مختلفة . بل ان قيمة بعض أساليب التأثير في الرأي العام كالإعلام ، والاعلام والاعلام تكتسب أهميتها بسبب تأثيرها على عمليات التفكير السابقة . وعندما يحاول المعالج ، أو الاستاذ ، أو الموجه أو أى شخص آخر اقناع شخص معين بأن يتخطى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة عن النفس وعن الأشياء ، وأن يتبنى أفكار أكثر فائدة وأقل مدعاة للهزيمة الذاتية فإن من السهل لا أن تتبنى أفكارا جديدة ونافعة فحسب ، بل ان فاعلية الانسان الاجتماعية تزداد ، وتتحسن قدراته على التوافق .

وثمة خاصية أخرى من خصائص الاتجاهات الجديدة في علاج طرق التفكير والمعتقدات ، وهي تعليم الأشخاص طرقا جديدة لحل مشاكلهم العاطفية والسلوكية . فمن الممكن تصور أن الاضطراب يحدث عندما نفشل في مقابلة تحديات التوافق في المجتمع ، وفي استخدام امكانياتنا ، أو نقاط قوتنا بفاعلية . ولهذا فتمتية القدرة على حل المشاكل ومعرفة أن هناك طرقا بديلة للوصول للأهداف ، مع فهم بوافع الآخرين ، ومحاولة أن نبين للشخص أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف ، قد تساهم أيضا في عملية الاستبصار وزيادة الفاعلية الشخصية .

لكن الاستبصار - كما لاحظنا آنفا - قد لا يؤدي الى تغيير مباشر في السلوك . فالقول بأن اكتساب الاستبصار يؤدي تلقائيا الى التغيير في السلوك ، ما هو الا افتراض يصح في بعض الحالات ويخطئ في البعض

أخر ، لهذا فمن الضروري أن تساعد الشخص على توظيف أفكاره الجديدة المنطقية حالما تحدث وذلك بنفسه وبتكليفه بواجبات منزلية Home Work يسعى الشخص من خلالها الى ممارسة أفكاره المنطقية بما وفي مواقف حية . لهذا فقد يوصى المعالج مريضه - كما رأينا في الشاب التي أشرنا لها آنفا - أن يقوم بتأمل ما يقوله لنفسه في موقف معين . وتبين الممارسة العلاجية أن محاولة خلق مواقف حية - وأرغام سينا على الدخول فيها باتجاهات عقلية مختلفة يساعد على التغيير في جانب الفكرية ، والسلوكية ، والوجدانية على السواء - فالشخص الذي ينفصل عن الاتصال الاجتماعي ، بسبب الخجل مثلا يمكن أن يشجع على الدخول في مواقف حية كانت تسبب له الارتباك من قبل : مثل مبادرة قد المتعمد لرأى زميل أو رئيس ، أو تعمد رفع الصوت في المناقشات ، أو دخول الى الاماكن العامة ، كمحلات البيع ، مع المجادلة مع الباعة عن أمن ونوع البضاعة ... الخ .

ومن الأساليب الممكنة للزيادة من الأفكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية أن نغير من أهمية الأهداف نفسها بالنسبة للشخص . فالشخص الذي يعتقد أن من الضروري أن يظهر دائما بمظهر قوة الشخصية السيطرة والتحكم في الأمور قد يدخل نتيجة لهذا في صراعات اجتماعية مع حاجات الآخرين من زملاء أو الرؤوسين أو شركاء الحياة الزوجية ، أو

الابناء في التعبير عن نواتهم، مما يوقعه ويوقع من يتصلون به في ضروب من الاضطراب في مثل هذه الحالات فان تنبه الشخص الى أن أهدافه في اثبات رجولته وقوته غير واقعية وغير معقولة سيساعده على أن يعدل سلوكه الاجتماعي التالي تعديلا ملحوظا. وفي مثل هذه العملية من التصحيح المستمر للأخطاء في القيم والافكار ينبغي النظر الى ربط أهدافنا بالنتائج المستقبلية القائمة على فهم دوافع الآخرين. فقد يؤدي الظهور بمعظم القوة والسلطة - مثلا - الى نتائج وارضاعات مباشرة من الناس ، الا أن النتائج البعيدة لمثل هذا السلوك قد تكون وخيمة العواقب.

والمعالج الذي يأخذ باتجاه تعديل المسالك الذهنية لايجهل ولا يقلل من شأن استخدام التغير في البيئة الاجتماعية لاحداث التغير في الشخصية. فهو يعرف أن بعض أخطائنا الفكرية قد يكون مكتسبا نتيجة لاحباطات خارجية أو فشل سابق ( التقدم لعدد من الاعمال دون الحصول عليها قد يؤدي الى تشكل أفكار خاطئة عن الذات مثل « اننى انسان فاشل » أو « ضئيل الهمية » ، والفشل السابق مع أفراد الجنس الآخر قد يؤدي الى أفكار خاطئة باننا نفتقد الجاذبية .. الخ ) . لهذا من المهم أن نستخدم التغير في البيئة الاجتماعية استخداما كبيرا لاحداث التغير في الشخصية ، وتعتبر الواجبات المنزلية التي أشرنا لها أنفا طريقة لذلك. اصف الى هذا أن المعالجين قد ينصحوا بتغيير اتجاهات الآخرين

من يعيشون مع الشخص أو يحتكوا بهم. ولهذا فعملية العلاج قد تشمل شركاء في الحياة الزوجية أو الآباء أو الآخرين أو الجماعة التي يعيش بها. وقد أشرنا سابقا الى أن تغيير طريقة اللبس ، وتغيير الوضع الاجتماعي ، تؤدي الى تغيير في توقعات الافراد عنا وبالتالي تغيير سلوكنا. الحالات التي أشرنا اليها حالة الفتاة التي كانت تظن أنها باهتة شخصية ، فلما أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها على أنها شديدة البلية والحيوية استطاعت أن تكون أسلوا سهلا في التعامل ، كما طاعت أن تغير افكارها عن نفسها وأن تتبنى افكارا أكثر ايجابية (٢٤). ومن الأساليب الأخرى التي يلجأ اليها المعالجون لتغير أفكارنا منطقية عن أنفسنا وعن الآخرين استخدام الكف المتبادل بالشكل الذي أشرنا اليه في الفصل الثالث. فنحن نعرف من خلال هذا المفهوم أن انسان لا يمكن أن يكون قلقا ومطمئنا في وقت واحد أو مبتهجا ومكتئبا نفس الان. لذلك نستعاض عن استجاباته بالقلق باستجابات من إيجابية ( الاسترخاء مثلا ) عند التعامل مع مصادر التهديد. ويصح هذا أيضا بالنسبة للأفكار. فالإنسان لا يكون منطقيا ولا منطقيًا في نفس الوقت ، ولا يتبنى فكرة سلبية وإيجابية عن نفسه أو عن الآخرين في نفس الوقت. عندما يواجه مشكلة ما. لهذا من الممكن أن يغير الشخص أفكاره الداخلية السلبية عند حدوث موقف معين بأفكار ايجابية. من الممكن مثلا أن يربط أداءه لعمل ما بتصور العمل على أنه مصدر للمتعة بدلا من تصوره على واجب ثقيل ، وتعتبر هذه الطريقة فعالة في احداث التعديل السلوكي

المطلوب ، فضلا عن أنها تضمن من استخدام البيئة بأدراكها - في مواقف التهديد - على أنها أقل مدعاة للاضطراب والتخوف.

وثمة أسلوب آخر يساعد على أحداث تغييرات فكرية وسلوكية ايجابية ، يتمثل في لعب الانوار. فإذا تلتى ل أحد الأشخاص المضطربين أن يعبر أمام مجموعة من الآخرين عن اتجاه أو سلوك مختلف ، فإن هذا السلوك سيتحول الى خاصية دائمة في شخصيته . فالشخص المتسلط ، الذي يدفعه تسلطه الى التصادم مع الآخرين ينجح في أن يبدل تسلطه بأسلوب قائم على التفهم إذا ما طلب منه أداء دور قائد ديمقراطي ، أن يشاهد نتائج ايجابية ديمقراطية في شكل حب الآخرين ، أو توددهم له مثلا . ومن رأينا أن التغيير الناتج من لعب الانوار يرجع الى التغيير في معرفة الموقف الذي أدنى اليه القيام بالنور . وقد تلتى لكاتب هذه السطور عند قيادة إحدى جلسات العلاج الجماعي لمجموعة من المرضى الفصاميين أن يلاحظ أن تغيرات حدثت في اتجاه تقبل المرضى لأطبائهم عندما كان يطلب منهم تمثيل دور الطبيب وتخيل استجاباته في مواقف مختلفة : كالتعامل مع مريض متهمج يحاول ايقاع الاذى بزميل آخر ، أو مريض مضطرب يعرف عن الطعام ، أو استجاباته ازاء مشادة بين مريض وأحد العاملين . كما لاحظنا أن التغيير الذي يحدث بعد أداء الانوار أفضل من التغيير الذي يحدث اثر مناقشة عادية عن ابراز أهمية الطبيب واتجاهاته نحو مرضاه ، مما يدل على أن الشخص عند قيامه بدور معين يطلع على جوانب جديدة من المعرفة يسهل عليه تبنيها بعد ذلك .

ولهذا الاسلوب أهمية أيضا في جوانب لا تتعلق بالعلاج ، بل تتعلق بالحياة الاجتماعية بشكل عام . إذ كثيرا ما يبدأ الناس في النظر الى سماتهم بشكل مختلف أثر الدخول في دور مهني جديد . فخبرة القيام بدور مهني تعطي الشخص رؤية جديدة للنور وتدفعه الى تبني مجموعة من الاتجاهات والتوقعات المطابقة للنور . وقد تبين في إحدى الدراسات (٢٤) على فريقين من العمال المعينين في مؤسسات البيع التجارية أن الفريق الذي عين في وظائف اشرافية تبني اتجاهات مطابقة لاتجاهات هيئة الادارة أما الأشخاص الذين عينوا كعمال عامين فقد تبينوا اتجاهات معارضة لاتجاهات هيئة الادارة . فالعمل طول اليوم في وظائف العمال العامين ، مثله في ذلك مثل العمل الاداري ، يدفع بالضرورة الى تبني اتجاهات تطابق توقعاتنا عن النور . وهذا صحيح أيضا في حالات السلوك المرضي . فالتشجيع على مواجهة مشكلة بطريقة لعب دور انسان عادي أو ناجح ، سيؤدي الى النظر الى أساليبنا اللاتوافقية بشكل مختلف .

وتنشأ في حالات كثيرة أنواع من الاضطرابات النفسية بسبب ما يسمى بالتناقض المعرفي أي عندما نعتقد فكرتين متناقضتين عن شيء واحد بحيث أن كل فكرة منهما تولد أو تؤدي الى تصرفات متعارضة مع ما تولده الفكرة الاخرى . فالشخص الذي تشده فكرة السفر للخارج لتحسين وضعه الاقتصادي أو للحصول على درجة من التدريب والتعليم في مجاله ، قد تشده أيضا فكرة الاستقرار في وطنه والبقاء على وظيفته التي قد يفقدها بسبب هذا السفر . هنا تنشأ حالة من القلق غير السار والاكتئاب الذي ينطوي على أخطار للصحة النفسية . ومن الأشخاص أيضا من يعرف عن نفسه شيئا

( بأنه جذاب أو ليق مثلاً ) ، ولكنه يعلم أن فكرة الآخرين عنه ( بأنه انتهازى أو متسلق ) لا تتفق مع فكرته عن نفسه . هنا أيضا يجد الشخص في هذا التنافر عقبة قد تشله عن الحركة عندما يرغب في التفاعل بالآخرين . وقد تبين للكاتب أن كثيرا من البدعيين يعانون من تنافرات من هذا النوع في التي تسبب فيهما يبدو جزءا كبيرا مما يعترضهم من حالات القلق والاكتئاب . فقد يعرف المبدع أو المفكر أن عمله يحتاج منه للانطواء والبعاد عن الناس والاختلاف ، لكن متطلبات عمله هذه تتنافر مع ما يتطلبه منه المجتمع من ضرورة الخضوع لمعاييره ، والاختلاط والتوافق والاضغاث في عادات اجتماعية تافهة ( ٢٥ ) .

ومن الممكن في مثل هذه الحالات البحث عن طرق متعددة للتقليل من هذا التنافر أو آثاره . من هذه الطرق مثلا العمل على تدعيم إحدى الفكرتين تصميما ايجابيا بحيث يزداد وزنها عن الفكرة الأخرى ، كأن يعترف الشخص مثلا بأن عمله قد يؤدي إلى بعده عن الناس مؤقتا ولكنه هو مصدره الرئيسي للشعور باحترامه لنفسه والحصول على احترام الآخرين في النهاية ، وكان يغير اتجاهه نحو أحد الموضوعين بحيث يضيف عليه قيمة أقل مما هو عليه . ففي حالة تعارض تصوري مع ذاتي عن تصور الآخرين ربما يكون من الأفضل للصحة النفسية في هذه الحالة أن يضع الشخص قيمة أقل لتصورات الآخرين السلبية له فيتركها على أنها أقل أهمية وأضعف وزنا ، وبالتالي قد يزداد وزن الفكرة الأخرى وقيمتها وهي في هذه الحالة فكرة الشخص عن نفسه بأنه على قدر مرتفع من اللباقة .. الخ ومن المهم أن نشير من جديد إلى أن كثيرا من جوانب هذا التنافر ينبع أحيانا بسبب

اجتماعية خارجية عنا . فالمجتمع الذي لا يركز على الابداع الإنسانية مثلا يؤدي مباشرة إلى إثارة الشك والقلق لدى الشباب في تربطهم بالعمل الفكري والابداعي بعض الصلات . في هذه الحالات الضروري أن نشير إلى أن التخفيف من آثار التوترات المعرفية يحتاج جهود العلماء الاجتماعيين بقدر مساهمة الممارسين - حيث العمل الواضح لثل هذه الأنواع من التنافر في ضرورة تغيير التصورات العامة عن مشكلات نعتبرها من وجهة النظر النفسية شديدة

## خطوات ومراحل التعديل المعرفي

والقيام بعملية تعديل سلوكي للأساليب الفكرية الخاطئة ، انصح استخدام الإستمارة المرفقة (شكل ١) والموضحة أيضا في ملحق الفصل ١ . تساعد على تشخيص .. وتحليل الأفكار اللاعقلانية وتتبعها . ولكي نعمل علينا استخدام هذه الاستمارة .. يمكن اتباع المراحل الآتية :

حدد أولا في المربع الأول « أ » الخيرة أو الموقف المباشر - الذي يرتبط حدوثه بالحالة الإنفعالية السيئة التي تشعر بهاد مثلا :

خير مثال على هذا يلاحظه عزت حجازي في كتابه « الشباب العربي » من أن جزءا كبيرا من مشاعر القلق يمكن العودة به إلى تعارض القيم الاجتماعية مع الحاجات الشخصية . فمن مصادير قلق الشباب فيما يرى الاعتقاد الذي تدفعهم إليه القيم والممارسة الاجتماعية بأن الحب يتعارض مع القيم « ليس مجرد » عيب « ولكنه من » الجرائم « والنظر إلى الاماح الشهيد والحاجة إلى الحب يعيش الشباب العربي أزمة طاحنة بسبب تعارض القيم الاجتماعية مع حاجاتهم الشخصية ( ٢٦ ) .

- رئيسى فى العمل لم يبادلنى تحية الصباح ربما متعمدا

- والدائ يرفضان زواجى من شخص أحبه

- رسوب فى الامتحان .. أو فشل فى علاقة عاطفية

٢- سجل الاعتقادات العقلانية لهذا الموقف مثلا : ( قد يكون رئيسى مشغولا عن تحيتى .. أو أنه يفعل ذلك كعادته مع الكثيرين .. أو أن سلوكه هذا لا يعجبني - الخ ) .

٣- ضع تفسيراتك الخاطئة .. واعتقاداتك اللاعقلانية نحو هذا الموقف .. حاول أن تتعمق الفكرة الخاطئة لتحديد ما .. ربما من خلال عملية استبطان أو ملاحظة الذات عند مواجهة مثل هذه المواقف .. قد تكون بالنسبة للمثال السابق .

- انه لم يبادلنى التحية .. انه يكرهنى أو أنه غاضب منى .

- ان عدم مبادلتى التحية لى يدل على أن شيئا خطيرا يتم ضدى .

- اننى انسان مرفوض ومنبوذ أو ثقيل .

- هذا الإنسان الحقير المخط كيف تسول له نفسه أن يفعل هذا ؟

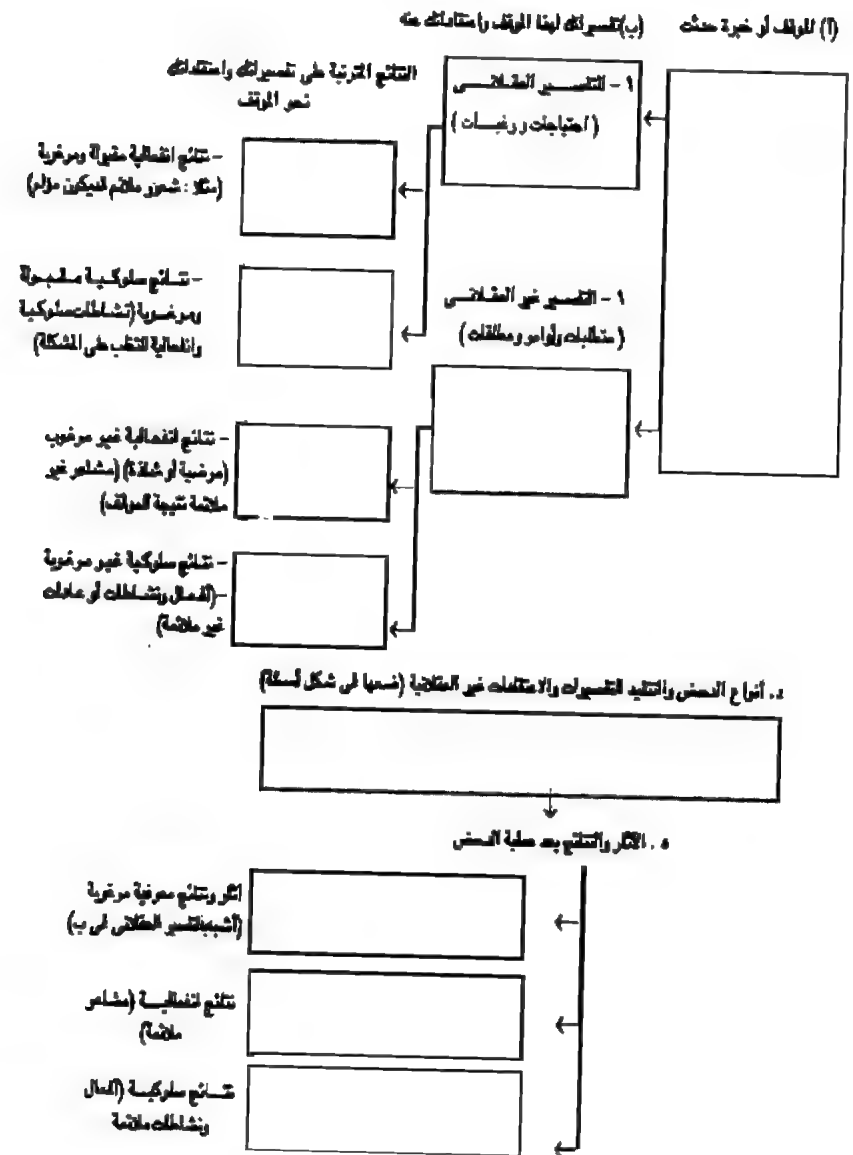
- انسان ما وشى بشيء خطير ... ومن ثم فهو يتجنبنى .

٤- حدد النتائج المترتبة على تلك المعتقدات بشقيها العلى واللاعقلانى .  
فقد تتكون نتيجة لتفكيرك العقلانى انفعالات ملائمة سجلها فى

المستطيل الأول من المربع (ج) اننى أشعر بالأسف لهذا التصرف  
..... أو المحاولة الصادقة لتحسين صورتي وعلى أمام رئيسى  
ان كنت أعتقد أن تجاهله يتم عن قصد .

أما فى المستطيل الثانى من هذا الجزء، فسجل النتائج السلوكية التى  
تنتج عن تفسيرك العقلانى .. قد تكون مثلا: تجاهل الموقف إلى أن تستبين  
بعض الحقائق .. العمل على تحسين عملى وأدائى .... تحسين سبل الاتصال  
الإجتماعى بالآخرين ... الاسترخاء .

## شكل ١ استمارة للعلاج السلوكي المعرفي



أما في المستطيلين الآخرين من هذا المربع - فضع النتائج السلوكية للإنفعالية غير المرغوبة التي يمكن أن تحدث نتيجة لتفسيراتك الخاطئة. فقد تكون النتائج الإنفعالية لتفسيرك الخاطئ لسلوك رئيسك هذا الصباح: حور بالإكتئاب ، والمشغولية طوال اليوم (اننى انسان من السهل تجاهله) ، الغضب الشديد على الرئيس ( هذا الأحق المفروء - كيف يجروء على التصرف؟)

أما النتائج السلوكية غير المرغوبة فقد تكون : العدوان أو اظهار اختصار للرئيس، أو مخاوف، أو أرق بالليل وتوتر شديد، وتفكير في استقالة من العمل .

الآن ... وبعد تحديد الأفكار والمتغيرات الخاطئة وأثارها العصبية على سلوك والافعال ... يصبح الطريق ممهدا للقيام بعملية دحض وتقنيد للأراء الخاطئة والتفسيرات غير العقلانية بأن نضعها في شكل أسئلة في المستطيل (د). ويهدف الدحض إلى الاطلاع على الجوانب السلبية أو المبالغ فيها في التفكير. وبالتالي يكون الطريق ممهدا لاستبداله بأفكار واقعية معقولة تلائم الموقف .

وسنلاحظ أن فحص الأفكار الخاطئة قد ينتهى بنا إلى اعتقادات واقعية عاقلة (المستطيل الأول من هـ) ، فضلا عن نتائج انفعالية وسلوكية معقولة ومعقولة (المربعين الآخرين من الشكل).

ولكى يزداد القارئ ثقة في استخدام هذا المنهج ... وهذا الشكل نقدم له ثلاثة نماذج لمواقف شائعة ترتبط بمخاوف ومشكلات عصابية متعددة نتيجة للتفسيرات الخاطئة لها وهي :

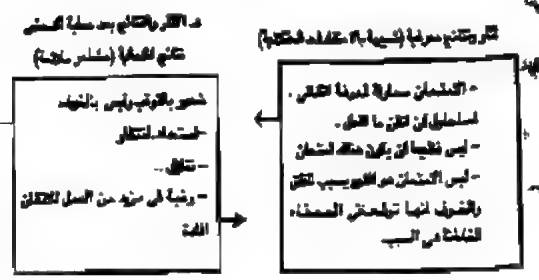
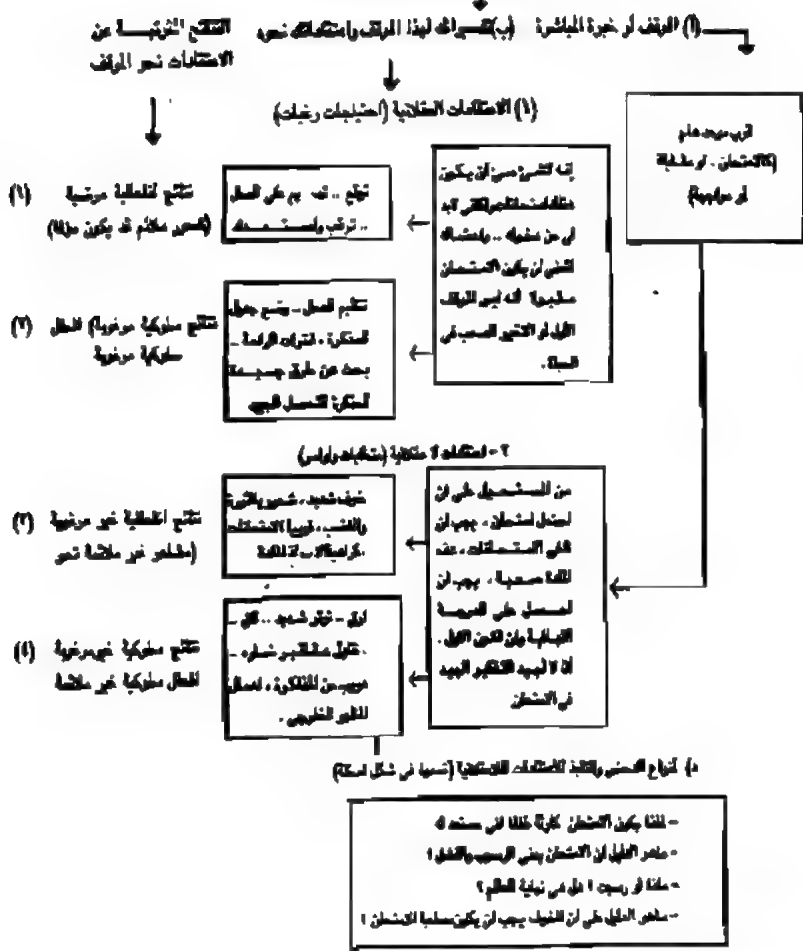
الشكل ٢: ويمثل الموقف فيه والدان يعارضان الزواج من شخص يفضلهُ المريض .

الاستمارة الثالثة شكل ٣: والموقف فيها يمثل خبرة سيئة وهي الرسوب والفشل .

هناك أشكالاً متعددة من الأساليب الجديدة التي تجرب في الوقت الحاضر بمعهدى العلاج المنطقي في نيويورك وكاليفورنيا، وكلا المعهدين يقومان على أساس التعديل من أساليب التفكير (فضلاً عن السلوك) في حالات متعددة من الإضطرابات كالإكتئاب، والجنسية المثلية، والضعف الجنسي، والقلق، فضلاً عن تقديم النصيح والإرشاد لنمو "العاديين" في مواقف مختلفة من الحياة كالقيادة والتدريس والإبداع .

وعلى العموم فإننا نرى أن أساليب تعديل طرق التفكير تتطوى على إمكانيات جيدة، خاصة إذا ما عرفنا أن المبادئ والقوانين التي تحكم السلوك والشخصية، والإنسان في تفاعله الإجتماعي تستخدم يوفق متسع ومتكامل في هذا النوع من العلاج .

## شكل ٢ استمارة للعلاج السلوكي العرفي



الوقت لم يفرغ الملهما      بالسر له هذا الوقت ومعه نوحا      يحتاج للزينة مع الاستغفار نور الزمان

١- الملاحظات المتعلقة بالعمليات رديتها

١- إتهام لشيء - حي - أن يطرأ ذلك  
٢- إتهام تصرف لا يحظى منها  
٣- إتهام أن يوقفت في نهاية الأمر  
٤- إتهام في، شعر الضيق رغم إتهام أن يتص

٢- الملاحظات المتعلقة (استقالات رؤس)

١- إتهام لا يطاق، كونه يكتسب القسط في ذلك  
٢- لا يمكن أن يحصل هذا التصرف إلا إذا  
٣- إتهام أنما عاجل يملكه شخص  
٤- إتهام شخص غير مؤهل في العمل

١- إتهام حيف لشيء  
٢- تصميم على تنافسها

١- معلومات دقيقة لا يتاح إلا  
٢- والمحتج معها في هذا الموضوع

١- إتهام أنما عاجل يملكه شخص  
٢- إتهام أنما عاجل يملكه شخص  
٣- إتهام أنما عاجل يملكه شخص  
٤- إتهام أنما عاجل يملكه شخص

• **مجموع النسخ المخططة للإصحاحات الأربعة** انسابه في ذكره

1- لا بد من الطهي إما لو وضعا في مرق حار أو في ماء مغلي.  
2- ما هو الأفضل على لو وضعا في مرق حار.  
3- ما هو الأفضل على لو وضعا في ماء مغلي.  
4- لا بد من الطهي إما لو وضعا في مرق حار أو في ماء مغلي.

[illegible]



وتمكننا من أدائها ... الخ ... ويطلق على هذا النوع من العلاج في الوقت الحالي العلاج المعرفي - السلوكي .

ومن المهم هنا أن نشير إلى أنه بالرغم من النجاح الذي تحرز به أساليب العلاج المعرفي في الوقت الراهن، فإن طلاب العلاج والتغيير غالباً ما يأتون بدوافع متباينة ولأسباب مختلفة، لهذا قد تصلح أساليب التعديل الذهني مع بعضهم بينما تصلح مع البعض الآخر أساليب من التدعيم السلوكي المباشر، أو التدريب على تأكيد الذات - الخ .

لهذا فثمة هدف رئيسي ينبغي بلورته كهدف عام من أهداف العلاج، وهو أن يختار المريض بنفسه قيمة الخاصة وأن ينمي طرقه الفكرية الملائمة بمجهوداته الذاتية، أو أن يختار المجالات التي تحتاج منه احتياجاً ملحاً للتغيير. أما كيف يتم ذلك وما هو دور المعالج النفسي في هذا المجال .. فذلك ما سيوضحه الفصل القادم .

## استمارة تحليل ومتابعة علاجية

أ - سجل هنا حادثة أو موقف أو خبرة حصلت لك حديثاً وكان من نتيجتها الشعور بالإضطراب والضيق الشديد (مثال الذهاب لمقابلة شخصية للعمل، زيارة ناس، امتحان ، تأنيب لك، شكوى ضدك، مشادة ... الخ ) .

ب - فكرتك أو تصورك المنطقي أو العقلاني لهذا الموقف السابق ( مثلاً : سأكون سيء الحظ لو رفضت للعمل، من المؤسف أن يشكوني أحد، الامتحانات شر لا بد منه ... ) .

ج - فكرتك أو تصورك غير العقلاني الذي استخلصته لتفسير هذا الموقف (مثلاً : مركزي الأبوي سيتحطم لو سمحت لأحد أن يناقشني في عملي، كارثة كبرى أن أرفض، سأكون كماً مهملاً لو فشلت في شيء ، من واجبى أن أعرف كل شخص بحقيقته ، أريد أن أضمن أن لا يتحدث الناس عني في غيبتى، لا أسمع لأحد أن يعلو صوته على ) .

## تابع ( استمارة تحليل ومتابعة علاجية )

د- النتيجة التي حدثت إثر تصورك غير العقلاني للموقف .. ركز على الإنفعال والشعور الذي غلب عليك ساعتها ... ( مثلا : شعرت أنني ممثلة غاضبا ، شعرت بالخوف والقلق ، شعرت أنني مهمم ومكتئب ، شعرت أنني مهمل ومنبوذ ) ...

هـ- الشخص الذي قممت به للفكرة غير العقلانية لكي تقلل من تأثيرها عليك ( مثلا : أئين الدليل على أن تجاهل شخص لى يعنى أنني تافه ، ما الدليل أنه لا توجد وسائل أخرى غير العنق والغضب لحل المشكلات الإجتماعية ، ما هو الدليل على أن غيبة الناس لنا تعكس حيا فينا وليست نتيجة عيوب فيهم )

و- التعديل الذي حدث في الفكرة غير العقلانية نتيجة للنخس ( مثلا : ليست كارثة ولكنها سوء حظ ، لا توجد وسيلة واحدة لمواجهة المشاكل ، فشلى فى الامتحان لا يعنى أنني ساقط فى كل شىء ، المشادات لا تعنى دائما أن كل الناس أشراؤ - الخ ... ) .

## تابع ( استمارة تحليل ومتابعة علاجية )

تعديل الذى حدث فى السلوك نتيجة للنخس ( مثلا : شعرت باختفاء الخوف ، شعرت بالتعاطف مع الآخرين حاولت أن أعمل مزيداً من الاتصالات لحل المشكلة ، غمضى بدأ يغتنى تدريجيا ... الخ )

إذا لم تكن قد حاولت دحض أفكارك غير العقلانية .. فلماذا لا ؟

إذا لم تكن قد عدلت من فكرتك اللامتنطقية ... فلماذا لا ؟

أفيا ، التي استخدمتها لمقاب نفسك نتيجة لاستمرار السلوك والأفكار غير المرغوبة :

الأشياء التي استخدمتها لمكافأة نفسك نتيجة للإنجازات التي حققتها فى العلاج ؟

الاعتقادات والإنفعالات والتصرفات التي لازالت تحتاج للعلاج :

حالات :

تصرفات :

الواجبات المنزلية والنشاطات الخارجية التي ستستخدمها فى الفترة القادمة ؟

إضافات أخرى وملاحظات ؟

## مراجع وتعليقات

- 1- Adler, A. (1927) *The practice and theory of individual psychology*. New York : Harcourt.
- 2- Rokeach, M. (1960) *The open and closed mind*. New York : Basic Books.
- 3- Kelly, G.A. (1955) *The Psychology of Personal constructs*. New York : Norton.
- 4- Ellis, A.A. (1969) Cognitive approach to behavior therapy. *International Journal of Psychiatry*. 8, 896-899.
- 5- Kanfer, F.H. (1975) Self-management techniques. In F.H. Kanfer and A.D. Goldiamond : (eds.) *Helping people change*. New York : Pergamon.
- ٦- يعود الفضل للطبيب النفسي "أو" Low في استخدامه لمبادئ الفلسفة الرواقية في العلاج وذلك من خلال منهجه في العلاج الذي أطلق عليه منهج تدريب الإرادة .  
أنظر في ذلك كتابه :  
Low, A. A.(1952). *Mental health through will-training*. Boston : Christopher Publishing House.
- ٧- أنظر في ذلك كتاب برتراند راسل :  
Russell, B.(1930) *The Conquest of happiness*. New York : The American Library.
- ٨ - أنظر : Kanfer, op. cit., 1975 عن جوليان روتر، علم النفس الاكلينيكي،

ترجمة عطية هنا. الكويت : دار القلم ، ١٩٧٦ .

9- Pavlov, I. (1906) : The scientific investigation of the psychical functions or processes in the higher animals.

*Science*. 6 , 24, 613-61.

كذلك أنظر كتاب "بافلوف" الرئيسى الذى يشير بين الحين والآخر إلى الفروق فى عمليات التعلم وما تؤدي له من تفرق فريدة فى الشخصيات الإنسانية :

Pavlov, I. (1927): *Conditioned reflexes*. (Trans. by G. V. Anrep.) London: Oxford Univ. Press.

يعود الفضل العالم الروسى "يلاتونوف" فى اثبات أن الاستجابات سيمولوجية عند الاستماع لكلمات مرتبطة بالألم أشبه بالاستجابات عالية المصاحبة للألم الحقيقى. أنظر تلخيص تجاربه فى :

- Mahoney, M.J.(1974): *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass. : Ballinger.

12- Dollard J. & Miller, (1950): *N.E. Personality and psychotherapy*. New York: McGraw.

- المزيد من التجارب التى تبين أن الإنفعال يستثار فى اتجاهات مختلفة حسب ما يقوله أو ما يريده الفرد لنفسه أو ما يفكر فيه أنظر :

- Meichenbaum D.(1973): Cognitive factors in behavior modification : Modifying what clients say to themselves. In Cyril Franks and Gerald Wilson (eds.) *Annual Review of Behavior Therapy*. New York : Bruner/Mazel.

النفسي. وهو صاحب طاقة ونشاط هائلين سواء فيما يتعلق بممارسة العلاج في هذا الاتجاه أو البحث، أو المؤتمرات. ومن المثير لوضع ثبت بمؤلفاته لأنها تزيد عن المائة - غير أن من يود أن يرجع لبعض أفكاره العامة يمكن أن يطلع على المراجع الآتية كمينة :

- Ellis, A. (1962): *Reason and emotion in Psychotherapy*. New York : Lyle Stuart.
- Ellis, A. & Harper, R.A. (1975): *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Ellis, A. (1977): *Rational - emotive therapy. The Counselor Psychologist*, 7, 1, 2, 27.

- أنظر مراجع « أليس » السابقة.

- أنظر Ellis, op. cit., 1977

- فؤاد زكريا، التفكير العلمي ، الكويت : عالم المعرفة ١٩٧٨ .

- 21- Beck, A. T. (1967): *Depression : Causes and treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

٣- المرجع السابق .

- 23 - Beck, A. T. (1974): *Coping with depression*. Institute for Rational Living,

٢٤- ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة عبد الستار إبراهيم ، الكويت : دار القلم - الطبعة الثانية ، ١٩٨٧ .

- 14 - Bandura, A. (1969): *Principles of behavior modification*. New York : Holt

١٥- للمزيد عن استخدام تغيير التفكير نحو الاقليات وأثره على تخفيض درجة التعصب أنظر :

- Allport, G. W. (1954): *The nature of prejudice*. Cambridge, Mass : Addison-Wesley .

١٦- عن دور وارتباط العوامل المعرفية بالقلق والتوتر أنظر لنا :

- عبد الستار إبراهيم، بعض متعلقات الجمود العقائدي . مجلة الصحة النفسية ، كلية الطب - جامعة القاهرة، مجلد ١٢ - عدد ٧ العدد السنوي ، ١٩٧٣
- عبد الستار إبراهيم، أصالة التفكير : دراسات وبحوث نفسية - القاهرة : مكتبة الأنجلو ١٩٧٨ .

- Ibrahim, Abdul-Sattar, (1976) : Sex differences, originality and personality response styles. *Psychological Reports*, 39, 859-868.

- Ibrahim, Abdul-Sattar, (1977): Dogmatism and related personality factors among Egyptian University students. *J. of Psychology*, 95, 213-215.

- عبد الستار إبراهيم ، المحافظة التسلطية : تقرير عن واقع البحوث التي أنجزت من ١٩٦٨ ، ١٩٧٣ : حواشي كلية الآداب - جامعة القاهرة، مجلد ٢١ ، ١٩٧٧ .

١٧- اعتمدنا في وضع هذه الصياغة على كتابات « ألبرت أليس » ويلاحظ أن "أليس" يعتبر من أقوى المثليين لهذا الاتجاه العقلاني في العلاج

النفس. وهو صاحب طاقة ونشاط هائلين سواء فيما يتعلق بممارسة العلاج في هذا الاتجاه أو البحث، أو المؤتمرات. ومن المثير وضع ثبوت بمؤلفاته لأنها تزيد عن المائة. غير أن من يود أن يرجع لبعض أفكاره العامة يمكن أن يطلع على المراجع الآتية كهيئة :

- Ellis, A. (1962): *Reason and emotion in Psychotherapy*. New York : Lyle Stuart.

- Ellis, A. & Harper, R.A. (1975): *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

- Ellis, A. (1977): *Rational - emotive therapy. The Counsellor*, Psychologist, 7, 1, 2, 27.

انظر مراجع « أليس » السابقة.

Ellis, op. cit., 1977

فؤاد زكريا، التفكير العلمي ، الكويت : عالم المعرفة ١٩٧٨ .

21- Beck, A. T. (1967): *Depression : Causes and treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

المراجع السابق .

23 - Beck, A. T. (1974): *Coping with depression*. Institute for Rational Living.

- ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة عبد الستار ابراهيم ، الكويت : دار القلم - الطبعة الثانية ، ١٩٨٧ .

14 - Bandura, A. (1969): *Principles of behavior modification*. New York : Holt

١٥- للمزيد عن استخدام تغيير التفكير نحو الاقليات وأثره على تخفيض درجة التعصب أنظر :

- Allport, G. W. (1954): *The nature of prejudice*. Cambridge, Mass : Addison-Wesley .

١٦- عن دور وارتباط العوامل المعرفية بالقلق والتوتر أنظر لنا :

- عبد الستار ابراهيم، بعض متعلقات الجمود العقائدي . مجلة الصحة النفسية ، كلية الطب - جامعة القاهرة، مجلد ١٢ - عدد ٧ العدد السنوي ، ١٩٧٣

- عبد الستار ابراهيم، أصالة التفكير : دراسات وبحوث نفسية - القاهرة : مكتبة الأنجلو ١٩٧٨ .

- Ibrahim, Abdul-Sattar, (1976): Sex differences, originality and personality response styles. *Psychological Reports*. 39, 859-868.

- Ibrahim, Abdul-Sattar, (1977): Dogmatism and related personality factors among Egyptian University students. *J. of Psychology*, 95, 213-215.

- عبد الستار ابراهيم ، المحافظة التسلطية : تقرير عن واقع البحوث التي أنجزت من ١٩٦٨ ، ١٩٧٣ : حوليات كلية الآداب - جامعة القاهرة، مجلد ٢١ ، ١٩٧٧ .

١٧- اعتمدنا في وضع هذه الصياغة على كتابات « ألبرت أليس » ولاحظ أن "أليس" يعتبر من أقوى الممثلين لهذا الاتجاه العقلاني في العلاج

- 32 - Dimattia, D. (1993) .RET in the workplace . *Journal of Rational - Emotive & Cognitive - Behavior Therapy* . 11 (1), 3 - 7
- 33 - Lang, A., & Grieger, R. (1993). Integrating RET into management consulting and training . *Journal of Rational - Emotive Cognitive Therapy*, 11 (1) 51 - 57
- 34 - Kirby, P. (1993). RET Counseling : Applications in Management and Executive Development . *Journal Of Rational - Emotive & Cognitive - Behavior Therapy* .11 (1), 7 -19

- ٢٥- أنظر شرحاً لنظرية التفاضل بين معرفتين وما يثيره هذا من اضطراب على الشخصية في المرجعين الآتين :
- طلعت منصور، التعلم الذاتي - القاهرة الأنجلو ، ١٩٧٧ .
- عبد الستار إبراهيم، أصالة التفكير : دراسات وبحوث نفسية - القاهرة : الأنجلو المصرية ، ١٩٧٨ .
- ٢٦- عزت حجازي ، الشباب العربي والمشكلات التي يواجهها ، الكويت :عالم المعرفة ، يونيو ، ١٩٧٨ .
- 27 - Ellis, A. (1991) . *The Revised ABC's Rational emotive Therapy*. *J. Of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, q, (3) 139 -172
- 28 - Zarb, J.M. (1992). *Cognitive - behavioral assessment and Therapy*. New York : Bruner / Mazel .
- 29 - Baucom, D. & Epstein, N. (1990) *Cognitive - behavioral marital therapy*. New York : Bruner / Mazel .
- 30 - Maser, J.D. & Cloninger, C.R. (1989) . *Co- morbidity in anxiety amd mood disorders* . Washington, D.C. : American Psychiatric Press .
- 31 - Beck, A.T.& Freeman, A .(1990) .*Cognitive - Therapy Of*

## الفصل التاسع

### علاج دون معالج

#### الاساليب الحديثة فى العلاج الذاتى

مهيـد :

أشرنا فى فصل سابق الى أن احساس المعالجين السلوكيين بحاجة الناس لطرق سريعة وفعالة لمساعدتهم على تنمية قواهم الذاتية ، وتمثيل أنماط وأساليب التكيف السينة لديهم التى تعلموها من خلال عمليات تشريط اجتماعى سئ ، جعلتهم ( أى المعالجين ) يفكرون فى ابتكار طرق سريعة وفعالة يمكن للمريض أن يمارسها بنفسه دون حاجة للالتجاء المستمر للمعالج الا فى حالات وأوقات قليلة .

وتناقش هذه الاساليب أحيانا على أنها طرق للعلاج الذاتى ، وأحيانا أخرى توجيه ذاتى ، وأحيانا ثالثة على انها أساليب للضبط الذاتى . غير انها تنفق جميعا - بالرغم من اختلاف المسميات - فى انها تستهدى بقوانين علم النفس ونظرياته والمعرفة النفسية بشكل عام فى تطبيق مبادئ العلاج ذاتها . بعبارة أخرى فما قاله سقراط من قبل « اعرف نفسك » يتحول هنا ليصبح « عالج نفسك » . مستهديا بقوانين المعرفة العلمية .

ولفترة قريبة ، لم تكن اساليب الضبط الذاتى موضوعا لتفكير المعالجين النفسيين على الاطلاق . ويبدو أن تأخر ظهور هذا المنهج الى مسرح العلاج النفسى السلوكى ، انما يعود الى حد كبير الى سيطرة

قدرة الانسان على توجيه نفسه ذاتها من خلال قدرته على التعلم الذاتى  
 تليقه لقدراته وامكانياته (١) . ويعتبر كارل روجرز Carl Rogers من طائفة  
 الجين الانسانيين ، ومن حاولوا الاستناد الى معطيات علم النفس  
 بـيـث بوضع نظرية رئيسية فى العلاج النفسى تقوم على التوجيه  
 لى ، والممارسة الشخصية لتغيير السلوك . وتعتبر نظريته أيضا من أوائل  
 لريات التى قلبت العلاقة التقليدية بين المريض والمعالج ، فجعلتها  
 تـبـ على المريض (أو العميل) \* ، بحيث يكون المريض هو صاحب  
 الاساسى والفعال فى عملية العلاج وتغيير الشخصية ، ونمو هذا  
 السير . بل ان « روجرز » يرى أن دور المعالج النفسى لا يزيد عن خلق  
 علاجية غير مباشرة ، وغير موجهة ، من شأنها أن تسير فهم الذات .  
 سـج النفسى السليم . وأكد « روجرز » أن نمو قدرات الانسان  
 حية ، وقدرته على تنمية ذاته وتوجيهها فضلا عن قدراته على الاختيار  
 المشكلات ، أمور ليست ممكنة نظريا وعمليا فحسب ، بل أنها جزء من  
 الطبيعة ، وهدف يجب أن يعلو كل الاهداف فى العلاج النفسى  
 (٢) .

وقد أعطت حركة علماء النفس الانسانى وتصورها للانسان - أعطت  
 لوية للعلاج السلوكى الحديث فى اتجاه فهم عمليات الضبط أو التوجيه  
 من خلال مفاهيم نظرية التعلم ذاتها ، التى كانت فى شكلها التقليدى  
 من مثل هذه المفاهيم من قبل لعدم اتساقها مع منطق النظرية السلوكية  
 على تصور السلوك كمحصلة للشروط البيئية الخارجية

مع نظرة الانسانية لا يستخدم " كارل روجرز " كلمة مريض بل يفضل بدلا منها كلمة عميل

ج الطبيعى العضوى على حركة العلاج النفسى . فالعلاج النفسى ، فيما  
 لنا فى مواقع متفرقة كان من حيث الممارسة مقتصرًا على الاطباء ،  
 زال الامر كذلك فى كثير من الدول . والطبيب فيما نعلم يتبنى وجهة نظر  
 سوية فى علاقته بمريضه : فالطبيب هو صاحب السلطة الرئيسية فى  
 خـيص المريض ، ووصفة الدواء والعلاج ، وما على المريض الا أن ينفذ  
 ليعام ويتعاطى الدواء ان كان يريد العلاج .

هذا الفهم لطبيعة العلاقة بين المريض والطبيب انعكست آثاره على  
 لاج النفسى كما مثله فرويد . فالتحليل النفسى أيضا يقوم على نفس  
 سـوذج ، المريض والمعالج : المريض السلبي والمعالج الايجابى ، الذى  
 سـر ويوجه . وفى هذا السياق قام البورت Allport - من هارفارد اذ ذاك  
 فى سنة ١٩٦٠ بتحليل للبحوث الرئيسية فى علم النفس وأساليب العلاج  
 نفسى فوجد أن نسبة كبيرة من تصورات العلماء للانسان كانت تراه - أى  
 نسان على أنه يخضع بشكل سلبي لقوى خارجة عن ارادته ، تماما كما  
 ط القطط والارانب فى تجارب المختبرات .

وقد شهدت الحقبة الاخيرة من النمو فى علم النفس وأساليب  
 لاج النفسى ، ما يشبه مراجعة النفس فيما يتعلق بحقيقة مواقفهم من  
 مفاهيم تعمق خطى نموهم . فبدأنا نشهد رفضا للتصورات السلبية  
 نسان ، وبدأ التاكيد على أن هناك حاجات فى داخل كل شخص تنفعه  
 فى الارتقاء وتحقيق الذات والتغيير من خصال شخصيته بأفعال مقصودة .

والحقيقة أن ذلك الاتجاه قد بدأ بجهد طائفة من المعالجين النفسيين  
 ثين يعرفون فى الوقت الحالى باسم طائفة علماء النفس الانسانى Human  
 psychologists عندما أخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسى بالتاكيد



بالشكل الذي وجدناه بها عند « بالوف » و« سكينر » ولعل هذا ما يعبر عنه « باندورا » Bandura رئيس جمعية علم النفس الامريكية السابق - بوضوح في هذه العبارة :

« تمر النظرية السلوكية في الوقت الحالي بتغيرات حاسمة. فمئذ سنوات اقتصر تصور علماء النفس السلوكي للانسان على أنه كائن يستجيب أساسا للتغيرات البيئية التي تشكل ألياً أفعاله وتحكمها. لكن نظرة متفحصة للانسان تبين أنه أكثر فاعلية وأن تأثير البيئة لن تتم بشكل ألي. فالتغيرات التي كان من المعتقد أنها تؤثر في السلوك بشكل ألي ، يكون تأثيرها في الحقيقة محدوداً ما لم يدعمها وعي الانسان بها :

ان السلوك يخلق - جزئياً - البيئة\* بمقدار ما تؤثر البيئة في ظهور وازوال السلوك. ولهذا فمن المهم أن نحلل كيفية تشكيل الانسان للشروط البيئية التي تحكمه ، بنفس القدر من الاهتمام الذي نوليهِ لدور البيئة والشروط المختلفة التي تحكم ظهور سلوك معين .

ان من أهم الخصائص التي تميز الانسان انه يستطيع خلق تأثيرات في ذاته نابعة من ذاته ومن توجيهه الذاتي لسلوكه. ومن خلال دوره كمؤثر وموضوع للتأثير في نفس الوقت يمتلك الانسان قوة رئيسية في توجيه ذاته (٣) .

\* يشير بهذا الى أن تأثير البيئة الواحدة على شخصين يختلف باختلاف الطريقة التي يدرك كل منهما بها بيئته وعالاه بالطريقة التي أشرنا لها في الفصل السابق من تعميل أساليب التفكير .

لعل مغزى عبارة "باندورا" واضح للقاري : ان حياة الانسان تتوجه بها وبأغراض ، دون أن ينفي ذلك وجود قوانين سببية تضعها البيئة يربطها الخاصة ودون تعارض بينهما .

وعلى هذا فهدف هذا الفصل اذن هو تبسيط لبعض الأساليب أو تقنيات التي ابتكرها الممارسون لمساعدة مرضاهم على تطوير نواتهم ، مراجعتهم لما يثور من مشكلات. ولكن علينا أولاً ان نعرض للأساس الذي لهذه الأساليب كما تتبناه مدارس العلاج السلوكي الحديثة .

السلوكي الحديث في مفهوم العلاج الذاتي :

لنفرض أن شخصاً حاول جاهداً الاقلاع عن تدخين السجائر فانتهت محاولته للفشل - فكيف نفسر ذلك ؟

من التفسيرات المبكرة لذلك القول بأن هذا الشخص ليست لديه الإرادة الكافية للاقلاع عن التدخين. هذا ما يمكن أن يثور لأول وهلة . لكن نحن أننا نساؤلنا : وما هو الدليل على ضعف إرادته ؟ . حصناً ! الم لا أن يتبع خطة معينة لإيقاف التدخين ففشل ؟ من الواضح اننا التفسير لم نفعل شيئاً الا التحرك في دائرة لا تنتهي بنا الى حقائق . فنحن نفسر فشله بوجود إرادة ضعيفة ونستدل على ضعف إرادته في الإنقطاع عن التدخين .

والحقيقة أن هذا ما يؤخذ على التفسيرات القديمة المختلفة كالغريزة ، الإرادة ، وقوى التطور النفسي - الخ . أنها لا تضيف شيئاً لمعرفتنا ، سوى على خطأ منطقي كبير في الاستنتاج فنحن نفسر الشيء بشئ آخر نفس الشيء الأول : « الفشل في التدخين السجائر راجع لضعف

الارادة وضعف الارادة راجع للفشل في التدخين السجائر .. الخ .

وهناك خطر ان يمكن أن تؤدي اليهما مثل هذه التفسيرات الدائرية . فمن ناحية لا تنتهي بنا لاسباب واضحة تساعد على تقدم المعرفة العلمية ، ومن ناحية أخرى قد يؤدي التفسير بقوة الارادة أو ضعفها على المستوى العلاجي الى فقدان حماس المريض وبالتالي فشل العلاج . فنحن عندما نبين له أن فشله راجع الى ضعف الارادة ، فقد يقتنع بأن فشله يرجع لامر ليس بإمكانه أن يغيره . فلم المحاولة ؟

ولعل لابالغ ان قلت بأن كثيرا من فشل الناس - الذين التقى بهم بين الحين والآخر- في تعديل سلوكهم وتوجيهه في مسار سليم انما يرجع الى أنهم يضعون أنفسهم في اسر تفسيرات من هذا القبيل ، ويفسرون أخطأهم مرة بطريقة قدرية ، ومرة بقوى لا تخضع لضبطهم ، ومرة بوجود غريزة من هذا النوع أو ذاك ، الى غير ذلك من التفسيرات التي تدفع دفعا قويا للتقاعس واليأس وتقبل الأخطاء والعجز .

هل هناك تفسير آخر اذن يمكن أن يكون أكثر ايجابية ؟ أجل وهو التفسير الذي تتبناه البحوث الحديثة . فمن وجهة نظر علماء السلوك المحدثين نجد أن عجز الشخص عن الاقلاع عن التدخين في المثال السابق انما يرجع الى عدم معرفته بالشروط الملزمة للاقلاع عن التدخين ، وبالتالي فإنه لم يضع نفسه في الشروط أو في المواقف الاجتماعية أو النفسية الملزمة التي يمكن أن تحول قراره الى التنفيذ العملي . بعبارة أخرى ، فإن قدرة الشخص على التعديل الذاتي لأفعاله وأنماطه السلوكية تعتبر نتاجا لمعرفته بالشروط المحيطة به وقدرته على تغييرها . وبهذا تزداد مهارة

في تعديل سلوكه ، وتوجيه ذاته الوجهات التي يرغبها كلما ازدادت على معرفة الشروط الملزمة والحوادث السابقة لظهور السلوكات التي يؤدي لها هذا السلوك . وبهذا المعنى لا تزيد قدرة الشخص على تعديل من سلوكه ذاتيا عن كونها ببساطة : « اهرف المتغيرات التي تحكم أفعالك ، وضع نفسك فيها » .

فإن النجاح في تقوية جانب مرغوب من الشخصية أو تعديل سلوكها يجب أن يتم فهمها فهما واضحا للعوامل المؤثرة في وضع التحكم فيها بطريقة تؤدي الى التمييز المطلوب . ولعل هذا ما نحتاجه الى استنتاج أن محددات الضبط الذاتي ونجاحه جزء من الضبط السلوكي بشكل عام :

إنسان قد يضبط سلوكه إنسان آخر بأعداد شروط ملزمة لهذا السلوك يمكنه أن يضبط سلوكه الذاتي بأن يضع نفسه في شروط تساعد على هذا الضبط . وعلى هذا فإن الضبط الذاتي يتحدد من الشروط التعيمية مماثلة للشروط التعيمية التي تطور بها أي سلوك .

من ناحية ثانية ، يتفق المعالجون السلوكيون على أن أساليب الضبط المناسب من خلال عمليات تعلم اجتماعي ومهارة الشخص في أن يضعه في شروط بيئية وبيولوجية قادرة على أحداث التغييرات المطلوبة

يضع سلوك إنسان آخر من خلال خلق شروط ملزمة تساعد على إحكام قبضته مثل الترغيب ، وخلق احتياجات في الشخص الذي نرغب في التحكم فيه ، أو تدعيم استجابات

أو التحكم في البيئة الاجتماعية والبيولوجية بحيث تتحول الى الصورة المطلوبة من حيث احدث التغيير الإيجابي المرغوب .

### نماذج من أساليب الضبط الذاتي

هناك الأساسى هنا - اثن - هو أن نبين أن عملية التغيير العلاجى من خلال التوجه الذاتى أمر لا يمكن فصله عن الظروف البيولوجية والاجتماعية والمعرفية التى سبق وأن أفصنا فيها فى الفصول السابقة. كل ما هنالك أن خلق أو تغيير الظروف أو الشروط الضرورية لحدث العلاج يتم من خلال قدرة الفرد على ممارسة التغيير بنفسه ، ويتوجبه من معالجه .

ولهذا نجد أن كثيرا من الأساليب العلاجية الى عرضنا لها فى الفصول السابقة يمكن ان تستخدم مع بعض التحوير بحيث يمكن للفرد أن يمارسها بجهد الشخصى ، موجها عمليات العلاج بنفسه .

وينصب جزء كبير من نشاط المعالجين السلوكيين على تحويل تلك الأساليب بحيث تصبح قابلة للممارسة الذاتية . وهكذا نجد أن التطورات المعاصرة فى العلاج الذاتى تنطلق تقريبا من نفس مفاهيم تعديل الجوانب الوجدانية ، والمعرفية ، والسلوك ، والاجتماعية بالشكل الذى استوعبته الفصول السابقة . وسنعرض فى الأجزاء الباقية من هذا الفصل نماذج من التحويرات التى تمت أو يمكن أن تتم فى هذه الأساليب بحيث يمكن استخدامها ذاتيا .

#### ١- التعديل الذاتى للجوانب الانفعالية من الاضطراب :

تعرضنا لاساليب العلاج السلوكى القائمة على مبدأ الكف المتبادل كالاسترخاء ، والتطمين المتدرج وتأكيد الثقة بالنفس . ويمدنا المعالجون

أخرون بعدد من الاقتراحات عن كيفية تحسين هذه الطرق بحيث يصلح استخدامها ذاتيا .

الاسترخاء ، مثلا يمكن استخدامه خارج عيادة المعالج وفى البيت كاستثير التوتر . ويتوقف على المعالج بعد أن يفرج مريضه على رضاء المنظم أن يوضح له أن هذا الأسلوب يستمد نفعه الأساسى اذا استخدمه المريض فى المستقبل عندما تواجهه مشكلات مماثلة لتلك التى دفعت لطلب العلاج ، خاصة اذا ما كا طالب العلاج من الذى يشمله الاضطراب والانفعال والقلق فى مواقف متعددة ليلا أو

قد رأينا نموذجا لذلك حالة الشاب الذى عالجه " سالتز" فى الفصل ١٠ . وتبين ملاحظات المعالجين السلوكيين فى هذا الصدد أن قدرة على ممارسة الاسترخاء فى المواقف التى تعتبر بالنسبة له موضوعا للقلق والتوتر ( كالحديث مثلا أمام مجموعة من الأشخاص ) ، تعد على مواجهة جوانب الاحباط التى قد تحدث بطريقة أكثر ايجابية .

أخرى ، فإن السلوك ( الاسترخاء ) سيفير من طريقة ادراك البيئة لها الى عنصر أقل تهديدا .

ويقتراح كاوتلا Cautela وهو من مشاهير العلاج السلوكى الحديث فى جمعية العلاج السلوكى سابقا - طريقة تساعد على حل التوترات تنشأ فى جو العمل لدى مرضاه ، فقد كان يقترح على طلاب العلاج -

عندما اذا كان مصدر الاضطراب لديهم هو التوتر والصراع الذى يستثيره العمل - أن يجلس الشخص مسترخيا على مكتبه فى العمل وأن يهتف صوت عال أثناء ذلك بكلمة " استرخ " لمدة ١٠ مرات . وكان يؤكد على

مرضاة اتباع هذا الأسلوب مهما بدا له بسيطاً أو مستهجناً ، فإذا اتبع المريض التعليمات كان يطلب منه بعد ذلك أن يسترخى في وضع واقف ، وأن يمارس الاسترخاء في المنزل مرة يومياً على الأقل في كلا الوضعين ( الجالس والواقف ) .

وفي كل مرة يطلب منه أن يقول لنفسه « استرخ » بصوت عالٍ لعشر مرات في هذين الوضعين ، إلى أن تحدث رابطة بين كلمة التثبيت ( استرخ ) والاستجابة ( اختفاء التوتر والاسترخاء ) . وبعد أن يتبين للمعالج أن المريض يستطيع الاسترخاء بنجاح في كلا الوضعين ، يؤكد له بعد ذلك ضرورة استخدام هذا الأسلوب في كل مواقف القلق بعد ذلك ( ٥ ) .

ومن الطريف أن « كاوتلا » قد أجرى عدداً من الدراسات التتبعية على الأشخاص الذين يستخدمون هذا الأسلوب بناءً على توجيهه لهم ، فتبين أنهم يتحمسون لهذا الإجراء ويحسنون بفاعليته . كذلك تبين أن تدعيم الرابطة بين كلمة « استرخ » ووضع الاسترخاء يساعد على ممارسة الاسترخاء والتحكم منه بطريقة سريعة حالما يهتف الشخص لنفسه في موقف التوتر بكلمة « استرخ » .

كذلك يستخدم أسلوب التطمين المتدرج كأسلوب من أساليب العلاج الذاتي في مواجهة المخاوف المرضية ، ويكون ذلك بأن يقوم الفرد بتخيل المنبهات المثيرة للقلق بعد ترتيبها وهو في حالة من الاسترخاء .

وفي الولايات المتحدة تخرج المنبهات المثيرة للقلق كالخوف من الثعابين أو الظلام ، أو الامتحانات أو الحديث أمام الناس وتسجل على أشرطة تسجيل « كاسيت » وتباع للمرضى أو للأشخاص الذين يرغبون في التخلص من أعراض الخوف والقلق في تلك المواقف وغيرها . ويمكن أن

يقوم بتشغيلها وهو في وضع الاسترخاء إلى أن يتم له تحييد تلك المصادر من شحناتها الانفعالية الشديدة . وتبين بعض التجارب أن النجاح في التخلص من الخوف من الثعابين مثلاً بهذه الطريقة ( الاستماع لأشرطة التسجيل في المنزل بوضع الاسترخاء ) ، يتساوى في تأثيره مع العلاج بطريقة التعرض للمنبهات الدافعة للخوف مباشرة أو مع المعالج ، مما يدل على الامكانيات الجيدة التي يمكن أن تتطور لها أساليب العلاج الذاتي .

غير أن هناك بعض المشكلات التي نشود نتيجة لاستخدام أشرطة تسجيل في عملية التطمين المتدرج . فمن ناحية لا يزال هذا الأسلوب في أياته الأولى . ومن ناحية أخرى يثير التسجيل مسألة تتعلق بالتفاوت في سير المدرجات المثيرة للقلق . فقد يشير مخرج معين كتخيل ثعبان مرسوم على ورقة بيضاء درجة أكبر من القلق لدى شخص دون شخص آخر . فضلاً عن أن لا يوجد اتفاق مطلق بين المرضى على المنبهات التي تستثير لديهم تلك المخاوف . فالخوف من مجابهة الآخرين بحديث أو خطبة - على سبيل المثال - قد يكون مصدره عند أحد الأشخاص هو حجم الجماعة ، بينما يكون مصدره عند شخص آخر هو سلطة الأفراد الذين تتكون منهم هذه الجماعة . ناقشنا هذه القضايا من قبل .

ولهذا فمن رأينا أن يتم تجميع المواقف المثيرة للقلق لكل شخص على حدة ، ومن خلال اقتراحات الفرد نفسه ويتوجيه المعالج ، ثم يمكن أن تسجل في تمارس ذاتياً بعد ذلك . فهذا أفضل من الحصول على « كاسيتات » عامة في ظروف مختلفة ولأناس مختلفين .

أما أسلوب تأكيد الذات فهو بطبيعته أسلوب من أساليب الضبط التي - أي أنه لا يكتسب فاعليته إلا من خلال ممارسة الفرد نفسه لهذا

الاسلوب ووضعه موضع التنفيذ المعلى. صحيح أن المعالج قد يعلم مريضه بعض أساليب تأكيد الذات فى داخل العيادة أو مختبر العلاج السلوكى بطريق تمثيل الانوار مثلا ، الا أن نجاح أسلوب تأكيد الذات لا يتم الا اذا حاول الفرد نفسه تعميم الاستجابات التى طورها مع معالجه الى مواقف اجتماعية جديدة (كالاسرة أو العمل) ومع أناس اخرين (كالرؤساء والزملاء.. الخ) ، أى ان يمارس تأكيد الذات متعمدا كلما شعر بأن غيبا أو ظلما قد وقع عليه من الآخرين. بل ان كثيرا من المعالجين مثل « كاوتلا » (٦) ، يرون أن التدريب المعلى من خلال توجيهات المعالج بطريقة تمثيل الادوار يجب أن يكون لاحقا وليس سابقا لاستخدام أساليب التأكيد الذاتى ذاتيا ، خاصة عندما يفشل الفرد فى الممارسة الذاتية لتأكيد الذات.

## ٢- العلاج الذاتى من خلال ملاحظة الذات :

منذ أن ابتكر فرويد نظرية التحليل النفسى أصبحت مفاهيم الاستبصار والوعى والشعور من أهم الاسس التى تتضمنها أى نظرية للعلاج النفسى. ولعل « فرويد » هو أول من أكد أن وعى الفرد بالحوادث التاريخية الانفعالية التى يمر بها يؤد الى تغييرات مباشرة فى سلوكه. كذلك أكد « كارل روجرز » دور الوعى فى فهم الفرد لذاته وتقبله لها. ولكننا رأينا أن معالجة « فرويد » لهذا المفهوم لم يؤدى الى نتائج علاجية ناجحة ذات شأن بسبب ربطه لعملية الاستبصار بخبرات طفلية قديمة. فالاستبصار عند « فرويد » يشير الى قدرة الشخص - من خلال المحلل النفسى - على الوعى بتشكيل شخصيته فى السنوات المبكرة من العمر.

ويستخدم المعالجون المعاصرون الوعى والاستبصار فى العلاج لكن بطريقة أخرى. فنقول بأن الشخص على استبصار بمشكلاته عندما يكون

فوكا إدراكا دقيقا للشروط السابقة لظهور المشكلة والنتائج أو الاستجابات البيئية التى يثيرها ظهور هذه المشكلة. لهذا يجب على المريض وعلى المعالج فهما أن يقوموا بجمع المعلومات الدقيقة السابقة لظهور المرض ، وذلك قبل دخول فى أى برنامج للتعديل أو العلاج السلوكى. وعندما يشترك المريض ومعالجه المعالج فى حصر المعلومات التى أدت لظهور اضطراباته ، وأنواع التعميم التى أدى لها ذلك، فإنه يقوم بعملية ملاحظة الذات ، وهى مرحلة ضرورية من مراحل العلاج السلوكى بشكل عام.

لكن ملاحظة الذات أو الكشف عن الذات لا تعتبر طريقة لجمع حصر المعلومات الضرورية عن تكوين الاعراض ، بل قد تؤدى - بمفردها - بعض التغيرات السلوكية العلاجية. بمعنى أن الفرد عندما يلاحظ أنه أو يحاول أن يجمع المعلومات التى أدت لظهور افعاله غير المرغوبة ، هذه المعرفة - مجرد المعرفة - قد تؤدى الى تأثيرات مباشرة فى مجال أو السلوك الذى يلاحظه الفرد (٧).

والعزىء من التفاصيل والايضاح لنرى ما يحدث أثناء ملاحظة الذات : الفرد عندما يحاول القيام بجمع المعلومات التى أدت الى أنماطه السلوكية يرغب فى تعديلها ، انما يقوم فى الحقيقة بعملية انتقاء أو « غربلة » لشروط أو الاسباب الهامة - فى نظره - التى أدت الى تكون اعراض المريضة فهو يبعد بعض الشروط الهامشية على بعض الشروط التى يرى أنها أساسية من حيث تأثيرها على ظهور المرض أو استمراره. هذه الموازنة « بين الشروط المختلفة تعتبر فى حد ذاتها ذات وظيفة هامة لانها ستضع اصبع الشخص مباشرة على الشروط المطلوب تعديلها أو ضبطها لتحقيق التغير. وستمنحه - فضلا عن ذلك وعيا

واستبصارا جديدين بمواقف الحياة المؤثرة. فمن الطبيعي أنه سيحاول بعد أن عرف الشروط الرئيسية أن يتجنبها ، أو أن يخلق شروطا أخرى معارضة للشروط السيئة الأصلية ، الى غير ذلك من تصرفات مستقبلية وتتطلب ملاحظة الذات بالشكل العلمى أن يسجل الفرد فى كراسة خاصة الاستجابات أو أنماط السلوك المرضى عندما يلاحظه مباشرة. فهو يسجل مثلا عدد المرات التى يشعر فيها بالرغبة فى تدخين سيجارة ، أو تعاطى بعض الخمر، أو الرغبة فى السب والعداوة أو عدد المرات التى تتملكه فيها الافكار الحوازية أو عدد الهلوس السمعية التى يسمعها .. الخ. ومثل هذا التسجيل يعوق ظهور السلوك غير المرغوب. وعلى سبيل المثال تبين فى احدى الدراسات أن مجرد قيام الشخص بتسجيل عدد المرات التى يشعر فيها برغبة قوية فى تدخين سيجارة ، يؤدى مباشرة الى اعاقه التدخين. ولهذا نلاحظ فى مستشفيات الطب النفسى وعيادات العلاج النفسى فى الولايات المتحدة أنهم يستخدمون هذا الاسلوب فى العلاج من الادمان على الخمر ، والكحوليات ، وغيرها من الافعال القهرية - بأن يكون لكل مريض كراسة يسجل فيها ما يفعله أزاء هذه المشكلة يوميا.

ولان ملاحظة الذات تتطلب قدرة على التحكم فى التغيرات السلوكية التى تطرأ على الشخص ، فان هذا التحكم - فى اعتقادنا - يؤدى الى خلق تغيرات آتية فى البيئة المحيطة بطريقة تجعلها تخلق تدعيمات اضافية فى الاتجاه المرغوب.

تصور - على سبيل المثال - أننا طلبنا من شخص يفتقر الى تأكيد الذات فى المواقف التى تتطلب منه المعارضة أو الدفاع عن النفس ، أو الاحتجاج على ظلم معين. فطلبنا منه كخطوة اولى من خطوات العلاج أن

يسجل مباشرة عدد المرات التى قال فيها « نعم » أو « أوافق » على أمر أو بحكم معين صادر له من زميل اورتيس ، وعدد المرات التى قال فيها « لا » أو « أرفض » هذه الاوامر أو الاحكام غير المقبولة. ان مجرد قيامه بتسجيل ذلك فى المواقف الحية يخلق - فى تصورنا - نوعا من التعديل فى استجابات البيئة المحيطة به ( الاهتمام والتساؤل عما يفعل - الخ ) ومثل هذا التعديل أو الاهتمام الذى يظهر على الآخرين قد يتحول الى قوة أخرى تساعد الشخص على التغير الايجابى .

ويكتشف الشخص من خلال ملاحظاته الذاتية أنه استطاع أن يتوصل لشروط الرئيسية التى تساهم فى تشكيل جوانب سلوكيه وشخصيه. عندما يحاول مستقبلا أن يتجنب الشروط السيئة ، أو يخلق شروطا جيدة ، عندما يكشف أنه نجح فى تحقيق بعض الاهداف : أى أن هناك اهدافا أخرى تبلورت وشروطا أمكن التغلب عليها ، وشروطا أخرى يجب التغلب عليها .. الخ فان مثل هذا التغير سيكون بمثابة التدعيم الذاتى لممارسة عمليات اضافية أخرى .. فالتجاح فيما أشرفنا يخلق نجاحا آخر ، والثقة بفاعلية الاداء تخلق ثقة أخرى بفاعليتها .

وقبل أن ننتقل الى وصف احدى الحالات التى تم علاجها بنجاح باستخدام أسلوب الملاحظة الذاتية نجعل القول بأن هذه الطريقة تعتبر من الطرق ذات النتائج القوية فى تعديل السلوك. أما أسباب قوتها فمتعددة الى حد كبير ، وتأثيراتها على السلوك تختلط بعوامل أخرى. ولا زال الباحثون يجاهدون فى تحديد المتغيرات النوعية التى تساعد على كفاءة هذه الطريقة. غير أن جهد الباحثين فى هذا المجال ، وزيادة علامات الاستفهام لا يجب أن تقلل من آثارها واستخداماتها فى ميدان

العلاج الذاتى ، حتى فى أكثر الحالات العقلية والنفسية اضطرابا .. ولنتأمل معا فيما يلى حالة توضيحية أمكن معها باستخدام أسلوب ملاحظة الذات والتسجيل تحقيق قدر رائع من النجاح .

حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية :

المریضة فى السابعة والأربعين من العمر تقيم فى مستشفى للطب العقلى فى الوقت الذى بدأ فيه المعالج السلوكى محاولاته العلاجية معها . شخصها الأطباء على أنها فصامية . ظلت محجوزة فى المستشفى لثلاث عشر عاما ، وذلك بسبب هلاوس سمعية تحدث بصورة يومية متكررة ومطردة . وقد أدت هذه الهلاوس الى حالة من الاكتئاب الشديد والقلق - ومن الغريب ان هذه الهلاوس تدخلت فى حياة هذه المرأة البانسة بطريقة لاتطاق . لقد أصبح سلوكها كله محكوما " بالاوامر " و " النواهي " التى تعطىها لها الاصوات . وبلغ ذلك الى حد أنها لم تكن لتستطيع الذهاب للحمام لقضاء حاجاتها الحيوية ما لم تسمع تلك الاصوات تأمرها بذلك .

وعندما عرضت هذه المرأة مشكلتها للمعالج أظهرت كراهية شديدة لسيطرة هذه الاصوات عليها وأبدت رغبة قوية فى العلاج منها . وعبرت بصراحة بانها لو استطاعت أن توقف تلك الاصوات ، فإن مشكلتها الأساسية قد تحل ، وانها ستصبح قادرة على التوافق الجيد بعد ذلك . كذلك أيدت الهيئة العاملة بالمستشفى هذا الحكم .

ولان هذه المرأة أبدت دافعا قويا للعلاج ، فلقد رأى المعالج أن يستخدم معها أسلوب ملاحظة الذات ، ، وذلك لبساطة هذا الأسلوب فى التطبيق ، ولان المرأة أبدت رغبة فى التعاون مع المعالج فى تنفيذ التعليمات

الخاصة بتسجيل التغيرات التى تسيطر عليها وملاحظة الذات .

طلب المعالج منها أولا أن تسجل بطريقتها الخاصة عدد المرات التى تحدث فيها تلك الاصوات لثلاثة أيام متتالية : ثم طلب منه بعد ذلك أن تسجل أولاً أمام الممرضات الاخريات فى العنبر على جدول عدد المرات التى تسمع فيها هذه الهلاوس يوميا . وقد وضع الجدول فى مكان ظاهر بحيث يمكن ممرضات الاخريات أن يلاحظنه . وكتيجة لهذا المكان الظاهر الذى وضع فيه الجدول كان يسهل على كل شخص فى العنبر أن يلاحظ مدى التقدم فى سلوك المريضة . فم الواضح ان أن الهدف من الجدول هو يعطى المرأة نتيجة فورية لتطورها . كما أنه كان يحرك عوامل التعديم اجتماعى من قبل الممرضات والمجربين والعاملات بالمستشفى .. الخ .

وقد تضمنت تعليمات المعالج للعاملين بأن يظهروا تشجيعهم بالمدح اهتمام ، والتشجيع كلما لاحظوا تناقصا فى الهلاوس اليومية ( تناقص اصوات ) وعندما كانت تفشل المرأة فى انقاص هلاوسها ، كان التعديم اجتماعى يتوقف .

ومن الطريف أن هذا الأسلوب قد ادى الى تناقص ملحوظ فى الهلاوس السمعية لدى المرأة فى فترة قصيرة من الزمن . لقد قلت الاصوات الهلاوس من ١٨١ مرة فى اليوم الاول ( الذى بدأت فيه المرأة بوضع علامة فى الجدول فى كل مرة تسمع فيها الاصوات ) الى ١١ مرة فى اليوم الثالث . ولم تظهر أى هلاوس فى اليوم الرابع . ثم زانت بعد ذلك الى ١٦ مرة ثم قلت تدريجيا الى أن وصلت الصفر . واختفت الاصوات بعد ذلك تماما من حياة المريضة طوال فترة متابعتها لمدة ستة شهور ولحين نشر تلك الدراسة .

ومن الطريف أيضا انه بتناقص هلاوس المرأة حدثت تغيرات ايجابية أخرى في سلوكها . لقد أصبحت اقل قلقا ، وقادرة على التفاعل الاجتماعي مع المريضات الأخريات . وتحسن مظهرها الخارجي . ويدات تطالب بالبحث عن عمل . كذلك أصبحت تعبر بصراحة عن سماعتها وغببتها الى حد بعيد (كدليل على أن التغير في الاعراض يشمل تغيرات ايجابية أخرى في الشخصية ككل ) .

وغنى عن القول ، أن هذه الدراسة تقدم برهاناً قوياً على أن ملاحظة الذات وتسجيل السلوك يؤديان الى تعديل كثير من الاضطرابات حتى ما ينتمى منها الى عالم الامراض العقلية .

وينفس القدر من المهارة يمكن بالطبع استخدام أساليب الملاحظة الذاتية بالشكل السابق في حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية في علاج وتعديل كثير من الجوانب السلوكية المرضية ويتم بالفعل استخدام هذا الأسلوب من أجل زيادة الوقت الذي تكرسه للعمل (والذاكرة) وضبط السمنة بملاحظة التناقص اليومي للوزن وتسجيله ، وعلاج مشكلات الاطفال في المدارس كالبيكاء الذي ليس له سبب وذلك بوضع علامة على جدول أمام الطفل في كل مرة يبكي فيها دون سبب . وحديثاً أمكن تطويع أسلوب الملاحظة الذاتية في علاج المخاوف المرضية من الاماكن المفلقة لاس مريضه وذلك بسؤالها أن تحصى الزمن الذي تقضيه في مكان مفلق (حجرتها) باستخدام ساعة إيقاف ، مما أدى الى تزايد ترويجي في الزمن الذي تقضيه في الاماكن المفلقة بشكل عام . كما أمكن للكاتب أن يمارس هذا الأسلوب لزيادة الوقت المخصص لكتابة بحث مطلوب في فترة زمنية محدودة . فأمكن

تخصيص ٦ ساعات يوميا قريبا للكتابة (بعد أن كان الوقت المستخدم لذلك لايزيد عن ساعة ونصف يوميا وبطريقة متقطعة) .

والجميل في أسلوب الملاحظة الذاتية هو بساطته ونتائجه الايجابية في زيادة السلوك المرغوب ومحو السلوك غير المرغوب في فترات محدودة لا تتجاوز السنة في الحالات المعقدة ، وتصل الى أسابيع قليلة في حالات أخرى ، فضلا عن امكانية استخداماته في تعديل قطاعات متنوعة ومتعددة من الاضطرابات بما في ذلك الاضطرابات التي تصيب الناس العصبيين كالسمنة ، أو الهروب من النشاطات الابداعية كالكتابة ) والعصابيين (كالخاوف المرضية ) والمرضى العقليين (كالهلاوس والافكار المسيطرة ) .  
كما يستخدم كطريقة لتخفيض ارتفاع ضغط الدم ، وذلك بتشجيع الفرد على لاس ضغطه بنفسه ثلاث أو أربع مرات يوميا في مواقف مختلفة وتسجيل ذلك على بطاقة أو جدول يمكن أن يعده الفرد بنفسه ولهذا تباع أجهزة لضغط الدم في الوقت الحالي بسعر زهيدة للجمهور الأمريكي لتشجيع عمليات العلاج الذاتي .

### ملاحظة النماذج واستخدام التعلم بالقوة :

في إحدى التجارب المبكرة « ليسانورا » Bandura و « روس » Ross (٢) كان يسمح لمجموعة من الأطفال بمشاهدة التليفزيون الذي يعرض مجموعة من الافلام القصيرة المعدة بطريقة خاصة تصور شخصيا تصرف بعنف وغلبة مع نمية من الطاطم فكان يركلها بقدميه ، ويصفعها في الوجه ويشكها بديوس ، ويمزقها من الخارج . ويرميها قطعاً . وبعد هذه المشاهدة كان الأطفال يعرضون لخبيرة إهابطية بأن تعطي



لهم مجموعة جذابة من اللعب ، ثم تجمع منهم قبل أن ينتهى لعبهم بها .  
وعندئذ ينقلون إلى حجرة أخرى بها دمي وعرائس من المطاط تشبه نفس  
الدمى التى كانت موضوعا للعنوان فى المشاهدة التليفزيونية السابقة . وسجلت  
الملاحظات لسلوك الأطفال .

لقد تبين أن الأطفال أخذوا يتصرفون نحو هذه الدمى بنفس العنوان  
والغلظة التى شاهدوا الشخص يقوم بها . ولقد تعلموا من المشهد  
التليفزيونى أن يتصرفوا بعد الاحباط بالعنوان ، والضرب ، واللكم ، والصفع ،  
والتعزيق .

ويطلق العلماء على هذا النوع من التعلم : التعلم بالقنوة أو المحاكاة .  
لأن الشخص هنا اكتسب شيئا من خلال ملاحظته لشخص آخر يقوم به ،  
دون أن يقوم به هو بالضرورة .

« لقد أمكن توظيف هذا المبدأ فى إكتساب كثير من أشكال السلوك ،  
فإذا كان الشخص يحاكي النماذج السيئة من السلوك خلال ملاحظة  
الآخرين يقومون بفعلها كما فى مثال « العنوان » السابق . فإنه قادر أيضا  
على أن يحاكي النماذج الصحية والفعالة من السلوك . فالإنسان من خلال  
ملاحظته للآخرين يستطيع أن يتعلم كثيرا من المهارات الإجتماعية ، والطلاقة  
اللغوية ، والتعاون ، والفنون الادارية .

ويمكن الإهتمام بهذا المبدأ بوحى من الذات من خلال ملاحظتك  
للنماذج الناجحة التى تقوم بجوانب من السلوك تشعر بينك وبين نفسك أنك  
تحتاج فيها للتدريب . لكن حاول أن تحدد أولا المشكلة التى تعانى منها ثم  
أنظر لبيئتك لكى تختار منها النماذج التى تعتقد أن أدائها لنفس السلوك

المشكلة يعتبر من وجهة نظرك ومن وجهة نظر الآخرين ناجحا . ثم لاحظ  
م وحاول أن تمارسه عمدا .

وهناك كثير من الأشياء التى تساعد على التعلم الإجتماعى السريع  
خلال القدوة ، منها : أن تكون القدوة ناجحة وقوية بحسب المعايير  
الجماعية السائدة . ومنها الإنتباه والإهتمام لسلوك القدوة خاصة  
الضليل . والكيفية التى يؤدي بها السلوك .. ومنها التنوع من  
نماذج الملاحظة والإطلاع على نماذج متنوعة كملاحظة النماذج  
المتعلمين والأساتذة الناجحين ، والقادة ، فضلا عن الدراسة والقراءة  
نماذج السلوك البشرى الذى نريد الوصول إليه .

يساعد الأداء الفعلى للسلوك على إتقان تعلمه . خاصة إن كان هذا  
مركبا من عدد كبير من الإستجابات المتشابهة . فتأكيد الذات فى  
السلوك الإجتماعية بالآخرين لا يتم بين يوم وليلة من خلال ملاحظتك  
لناجح يحاضر تلاميذه أو من خلال ملاحظتك لممثل سينمائى يؤدي  
نفس شخص من الجنس الآخر . إنما لابد فضلا عن ذلك أن تتعلم هذا  
نفسا بالممارسة العملية ... حتى وإن كانت صعبة فى البداية .

ويجب بعد ذلك أن تحاول القيام بعملية تخطيط للسلوك الجديد لأن ذلك  
يعتمد على إتقان تعلمه . ويتم ذلك بأن تكافىء نفسك إذا ما نجحت فى أداء  
التصرفات الجزئية المؤدية للهدف ... وهوما يقوينا للحديث عن  
مجموعة الأخرى من أساليب العلاج أو التوجيه الذاتى .

#### ٤- إثابة الذات والتدعيم كطريقة للعلاج الذاتى :

إذا كانت مجرد الملاحظة الذاتية تعتبر مصدرا خصباً لتعديل السلوك بطريقة ذاتية، فالأمر صحيح كذلك بالنسبة لتدعيم الذات عند ظهور السلوك الجديد البديل للسلوك المرضى. والخلاف بين الملاحظة الذاتية والتدعيم الذاتى أن الشخص فى الملاحظة الذاتية يقوم بمراقبة تصرفاته - التى يعتقد بخطئها أو بآثارها المرضية السيئة على شخصيته - إلى أن يتوقف ظهور هذه الأمراض أو يحل محلها سلوك آخر. أما التدعيم الذاتى فيمكن للشخص أن يستخدمه بعد أن يتكون السلوك المرغوب . ويتم تدعيم الذات بأن يقوم الشخص بإثابة نفسه فوراً عندما ينجح لديه ظهور السلوك المرغوب . وخير مثال على هذا الطالب الذى يكافىء نفسه بكوب من الشاي أو فنجان من القهوة أو الذهاب إلى النادي أو الالتقاء بالأصدقاء بعد أن يكون قد نفذ خطة مكنته من قضاء وقت ملائم لإنهاء بحوثه أو دروسه .

وفى ميدان العلاج النفسى الذاتى أصبحت طرق الإثابة أو التدعيم الذاتى جزءاً رئيسياً من العلاج يوصى به المعالج فى مشكلات سلوكية متعددة كالتدخين، والقلق الجنسى (أى القلق فى حضور الجنس الآخر) ، والإكتئاب ، والوساوس ، وتسلط الأفكار غير المنطقية على تفكير الشخص ... الخ .

ولكى يزداد إستبصارنا بتطبيق هذا الأسلوب فى هذه المجالات الأتفة الذكر قد يحسن أن نستشهد ببعض الدراسات الثلاثة لهذا الغرض. ومن أوائل الدراسات التى أجريت للكشف عن أهمية هذا الأسلوب دراسة تمت

١٩٦٦ فى الولايات المتحدة على يدى « جاتمان » Gutmann و

ستون « Marston » وقد إستعاننا بالطلبة الذين يعانون من مشكلة

من . وقالوا أنهما إختارا هذه المشكلة بالذات لأن هؤلاء الطلاب كانوا

من فى الإقلاع عن التدخين، وحاولوا ذلك من قبل ولكنهم فشلوا . وقد

الباحثان الطلاب إلى مجموعتين : الأولى وقد أطلقا عليها المجموعة

سلبية وتتكون من ١٥ شخصاً طلب الباحثان من أفرادها أن يخزن كل

سجارتين إذا ما نجح فى التوقف عن التدخين لمدة أربع ساعات

سلبية (إثابة ذاتية أو مكافأة للذات) . وقد طلب الباحثان من أفراد هذه

المجموعة أيضاً أن يسجل كل من أيام التجربة . أما المجموعة الثانية وتسمى

المجموعة الضابطة فلم يطلب من أفرادها القيام بالإثابة الذاتية (التدخين

النجاح فى التوقف عن التدخين) ، ولكن طلب منهم أيضاً تسجيل

من اليومى فى التدخين . وقد بينت هذه الدراسة أنه بالرغم من أن

المجموعة قد إستغرقت فترة قصيرة، فإن أفراد المجموعة الأولى نجحت فى

السجائر بشكل مطرد، بينما لم يحدث تغيير يذكر فى المجموعة

سلبية (٩) .

يعزى باحثان آخران أن أسلوب المكافأة الذاتية نجح فى إيقاف القلق

فى لدى مجموعة من الطلاب ممن وصفوا علاقاتهم الاجتماعية بأنها

«عنيف» للقلق والتوتر، لدرجة أنهم كانوا يضطرون عندما يتبادلون

مع الزميلات بطريقة تضعهم فى كثير من جوانب الحرج والإكتئاب .

هذه الدراسة طلب الباحثان من الطلاب أن يسجلوا مدى تقدمهم فى

خلص من القلق فى المواقف المتدرجة موقفاً وراء الآخر، على أن

خدموا شتى أساليب الإثابة وتدعيم الذات (بما فى ذلك مدح النفس)

كلما نجح الواحد منهم في مواقف أخرى لاتتعلق بالتفاعل مع الآخرين . ولم ينجح الواحد منهم في تخطي القلق فحسب، بل تبين أيضاً أنهم استطاعوا أن يتخلصوا من القلق في مواقف أخرى لاتتعلق بالآخرين ، كالخوف من الإمتحانات ومن الرسوب فضلاً عن إزدياد الثقة بالنفس وغير ذلك . (المرجع السابق) .

وفي تعليق الباحثين على ذلك أكدوا أنه ليس ضرورياً للتقليل من آثار القلق في موضوع معين أن تقوم بتغيير الشخصية ككل كما يزعم علماء التحليل النفسي، كما أن من الممكن التخلص من كثير من المشكلات الماثلة بتدعيم الذات عندما تتجح في تحقيق الأهداف المرسومة .

وقد نجح « البرت أليس » الذي عرضنا لنظريته في العلاج المنطقي في الفصل السابق نجاحاً كبيراً في تشجيع مرضاه على استخدام المكافأة أو الإثابة الذاتية عند النجاح في التخلص من الأفكار والاتجاهات الإنهزامية ، ويقول في هذا الصدد :

« لقد نجحت شخصياً في مساعدة مرضاي في السنوات العشر الأخيرة من المعتقدات غير المنطقية من خلال تشجيعهم على تدعيم أنفسهم بشيء مرغوب (كالطعام أو الشراب ، أو التتره ) بعد أن ينجح الواحد منهم في الدحض المستمر للإعتقادات الخاطئة التي تتسلطه وتؤدي للمرض والهزيمة ، وعندما كان يفشل الواحد منهم كنت أحضه على عقاب الذات كمنبه غير سار ( كالقيام بالنظافة المنزلية ، أو أداء تمرين رياضي ممل ، أو المساهمة في نشاط جماعة أو حزب سياسي مخالف لقيم الشخص ) وذلك

لشئ الشخص منهم بالعمل على دحض معتقداته المرضية يومياً ( ١٠ ) . وقد يتسائل القارئ هل من الأفضل أن تنفى المكافأة أو الإثابة عند نجاح في تحقيق هدف علاجي معين ، من الخارج (الآباء والمعالجون ، زملاء) أم من الذات . هنا أيضاً تفيد بضع دراسات في تقديم إجابة عن هذا السؤال : فقد تبين أن التدعيم الذاتي لا يقل فاعلية عن التدعيم مني أو الخارجى من حيث التأثير على تأكيد ظهور السلوك التكييفى . بيد . اما إذا راعينا الفاعلية على المدى الطويل ، فإن التدعيم الذاتي يقي على التدعيم من الخارج من حيث أنه يؤدي الى آثار علاجية تستمر أطول ، مما لو كان مصدر التدعيم آتيا من البيئة . بل ان كثيراً من الجين يرون أن فاعلية التدعيم تتوقف في الحقيقة على قدرة الشخص أن يحول التدعيمات الخارجية الى تدعيمات داخلية أو ذاتية ، عندها ن التقدم في العلاج مصدرها لسعادة الشخص وراحته الذاتية بدلا من ماد أو ارضاء المعالج .

ويرتبط بالتدعيم الذاتي ما يسمى بعقاب الذات . وقد رأينا نمونجا في عبارة « أليس » التي سبق نكرها توا . فقد رأينا أنه كان يكلف نفسه بواجبات منزلية ثقيلة عندما يفشل الواحد منهم في تحقيق الهدف المرسوم للعلاج . وقد أمكن لأحد المعالجين السلوكيين في احد عيادات علاج النفسى بأمريكا أن يستخدم أسلوب عقاب الذات في علاج عيوب كلام والجلجة وذلك بأن ابتكر جهازاً يصدر أصواتا منفرة ( صفير حاد تنقطع كالذى نسمعه على محطات الاذاعة قبل بدئها ) اذا ما قام الشخص

بالضغط على زرار معين مثبت بالجهاز. وقد تبين أن هذا الأسلوب قد نجح نجاحا ملحوظا في علاج النجلجة اذا ما قام المريض بتشغيل الجهاز عندما يبدأ في التهتة أثناء قراءته لموضوع معين بصوت عال. وقد أدى النجاح في استخدام هذا الجهاز الى تعميمه بحيث أصبحت امثال هذه الاجهزة تعطى للمرضى في المستشفيات لاستخدامها وتشغيلها في حالات الهلوس السمعية والبصرية. كما أمكن تطوير أجهزة مماثلة تعطى صدمات كهربائية خفيفة ويمكن للشخص أن يديرها بنفسه عندما يتعرض لسيطرة تلك الجوانب المرضية من السلوك. ولقد أمكن على سبيل المثال اعطاء مريض فصامي كان يشكو من وجود هلوس سمعية جهازا سهلا الحمل لتوجيه صدمات كهربائية خفيفة. وكانت التعليمات التي طلب من المريض تنفيذها هي أن يوجه لنفسه صدمة كهربائية حالما يسمع تلك الاصوات. وفي خلال بضعة أيام قرر المريض بأن تلك الهلوس قد توقفت. فضلا عن هذا، استطاع المريض الخروج من المستشفى بعد خمسة وثلاثين يوما بعد أن توقفت تلك الهلوس التي أدت به الى الالتحاق بالمستشفى عددا من المرات. (١١).

وتقييمنا الخاص للدلائل المتوفرة الان هو أن توظيف العناصر الذاتية - بما فيها الملاحظة الذاتية ومكافأة الذات أو عقابها - في العلاج - قد أحرز قوة واضحة في السيطرة على كثير من الاضطرابات ويقليل من الجهد، ويتجنب كثير من المشكلات الخلقية التي قد يشير بها العلاج السلوكي بشكل عام.

والأسلوب الآخر الذي أود أن أناقشه هنا قبل أن نختتم الحديث عن أسلوب العلاج الذاتي يتعلق بما شرحناه في الفصل السابق، والمتعلق بتعديل المعرفي.

لقد حاولنا أن نعرض صورة أمينة عن تعديل أساليب التفكير المعرفي غير المنطقية، فتبين لنا أن هذا المجال من المجالات الواعدة في العلاج السلوكي. ولأن تعديل أساليب التفكير يعتبر بطبيعته أسلوبا من أساليب العلاج التي تزداد فاعليتها اذا ما حاول الفرد ممارستها بوحى من ارادته، فإن تحويل تلك الأساليب للاستخدام في ميدان العلاج الذاتي كان واحفلا بكثير من الابتكارات والطرق الخلاقة.

من الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية أن الانسان يسلك ما يفكر. وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص لتعديل محتوى أفكارهم (أي ما يقولونه بأنفسهم) في مواقف الحياة المختلفة، خاصة المواقف التي تستثير القلق، والخوف وعدم الثقة. الخ ذلك لأننا نعرف - مما عرضناه سابقا - أن كل تصرف عصابي كالقلق مثلا من التعبير عن النفس أمام الآخرين، إنما يتأكد من خلال الأفكار التي يريدها الشخص بداخله. فماذا لو قمنا بتدريب الشخص ومجموع حواراته الداخلية مع النفس، هي التي يدير شتى المشاعر في شتى المواقف. ولازما تنبئ الاباء والروائيون بقدم الى ما تلعبه الحوارات الداخلية في توجيه الشخصية. إن «حيات» شكسبير «على سبيل المثال، تمتلئ بأنماط وشخصيات تلك الاحاديث الداخلية» المونولوجات «عند التعرض للكثير من

جوانب النشاط كالمعنوان (عند عطيل) والوشاية (عند اياجر) والاكثاب (عند هاملت) .

وهي الميدان العلاج الذاتى يطلب من الشخص أن يتبنى محتوى من العبارات الداخلية ذات الطابع التكيفي قبل تعرضه لمصادر القلق والاكثاب ، كأن يستعيز الشخص عن العبارة « ان ما سأقوله تافه ومثير للسخرية » قبل القائه لخطاب أو اعلاقته عن رأى أمام مجموعة بعبارات ذات محتوى تكيفي مثل « لا بأس من الكلام ، ولا يهم ما سأقوله ، بل يجب أن أقوله » .

ومن الطرق المرتبطة بأسلوب تعديل المحتوى الفكرى والحوار الداخلى، ما يسمى بالايكاف المتعمد للأفكار غير المرغوبة. اذ يطلب المعالج من طالب العلاج أن يفكر بطريقة متعمدة فى الفكرة التى تسبب له التعاسة والضيق ( اننى انسان غير مفيد ، أو أن أهلى يريدون التخلص منى ، أو اننى فقدت جاذبيتى وقدرتى على التأثير فى الآخرين .. الخ ) . ثم يطلب منه بعد ذلك أن يشير باصبعه عندما تكون الفكرة قد تبلورت. وفور ظهور الإشارة الدالة على تكون الفكرة وتبلورها . يهتف المعالج « توقف الان عن هذا » . وتبين الحالات التى استخدمت معها هذه الطريقة أن الفكرة التى تتكون عندما يهتف المعالج « توقف » تختفى من الذهن .

أما لماذا تختفى الفكرة أو التصور المرضى عندما يأتى الامر بالتوقف ، فالامر بسيط وسبق أن أشرنا الى المبدأ الذى يفسره ، ولكن فى اطار آخر. لقد سبق أن تحدثنا عما يسمى بمبدأ الكف المتبادل ، وبيننا أن الشخص لا يمكن أن يكون قلقا ومطمئنا فى وقت واحد أى أنه لا يمكن ان يشعر بشعورين متناقضين فى نفس الوقت. ولهذا فنحن نعلم أن يسترخى عندما

يهدد نفسه معين. وهذا الاسترخاء يكف قلقه أو تخوفه الذى اعتاد مواجهه به مثل هذه التهديدات .

ونفس الامر ينطبق هنا على مجالات التفكير . فالشخص لا يمكن أن يفتكر فكرتين فى وقت واحد ، أى فكرته المرضية وتركيزه على صوت الج وهو يهتف : توقف ! وبالطبع من الممكن استخدام هذا الاسلوب ذاتيا لتبدال أوامر المعالج بأوامر من الذات . وقد سجل « وولبي » نجاحا عظيماً عندما طبق هذا الاسلوب على نفسه ، أثر تعرضه لمشكلة قوية مع من معين تملكته إثرها عض الافكار ، وسيطرت عليه بعض الوسواس علاج المسألة بطريقة خرقاء . لقد أخذت هذه الفكرة تشغل ذهنه ، ففرق تفكيره طوال اليوم . لهذا حاول فى مساء نفس اليوم أن يقوم بعلاج ذاتى بأسلوب بلورة الفكرة التى تبعث على الضيق « معالجة بطريقة خرقاء » ، مع الهتاف العالى « توقف » . وفى تعليق وولبي يقول : بالرغم من أن الاسلوب لم يشعر معى فى البداية ربما بسبب قوة انفعالى الشديد ، وضيقى بالموقف فإنه أمكن لى أن أحقق نجاحا عظيمى اليوم القالى . لقد أزيلت وسوسى وانمحت تماما (١٢) .

مثلك اذن هى بعض الوسائل المستخدمة على نطاق واسع لمساعدة المريض على توجيه نواتهم وتعديل جوانب سلوكهم ، وأفكارهم واتجاهاتهم ، بحالاتهم بحيث تمكن السيطرة على كثير من أفعال القلق والضوف كآثارها المدمرة . وهناك الكثير من هذه الاساليب ولكنها أكثر تعقيدا من مية التنكية بما لايناسب هذا المجال .

أما وقد أصبحت لدينا الآن بعض الحقائق الرئيسية عن هذا الميدان فقد بقى تعليق أو تطبيقان يتطلبان الإضافة.. فمن ناحية قد تأخذ هذه الأساليب مظهر البساطة والهزل ، لكن فاعليتها لن تظهر على الإطلاق ما لم تحمل محمل الجد الخالص ، والجهد فى تنفيذها . عندئذ ستتحول بساطتها الظاهرة الى أمر مستساغ ومفيد .

ثم أن هناك بعض الجوانب الايجابية التى صاحبت ظهور أساليب العلاج الذاتى . فمن ناحية لا يقتصر استخدام هذه الطرق على حالات المرضى أو المحجوزين فى المستشفيات ، أو الذين يذهبون للأطباء النفسيين طلبا للعلاج من المخاوف المرضية المحددة بل أنها تستخدم بنجاح كبير فى مختلف أنواع الاضطرابات وسوء التكيف طالما وجد الدافع للتغيير .

وبالنظر الى أن تلك الأساليب على أنها مظهر من مظاهر التطور فى حركة العلاج السلوكى ، أصبح من الواضح أنه لن تكون هناك مشكلات أخلاقية تثار ضد العلاج السلوكى بنفس الحدة التى كانت تثار بها منذ سبع أو عشر سنين . فالشخص الذى يمارس هذه الأساليب يأتى طالبا المشورة شخصيا كما أنه يتصرف وفقا لارادته الخاصة الحرة . انه يأتى وهو مستعد لان يفعل ما يستطيع لكى يتخلص من تعاسته . وهو عندما يمارس هذه الأساليب مع المعالج النفسى ( بقيمه واتجاهاته قد يمارسها بطريقة قد تكون مصدرا للتحويلات الخلقية .

وعلى أية حال فنحن نشعر بالرضا التام أن كنا قد نجحنا فى أن نقدم فى هذا الكتاب للقارئ ما يكفى أن يطلع على صورة من الانتصار العلمى فى ميدان كان من العسير - بسبب تاريخ طويل من الخرافة أحيانا ، والخداعات شبه العلمية أحيانا أخرى - أن يقدم العلم فيه انتصارا معائلا لانتصاراته فى الميادين الأخرى .

أن النصر قد يبدو ضئيلا إذا ما قيس بالمشكلات المثيرة للتحدى التى يحلها الحياة بدأب ، فاننا نعتقد أن جهد المحاولة ، وبعض النتائج السلبية تبشر بأن خطانا قد وضعت فى الطريق الصحيح ، أجل الطريق ليس أكثر ! ..

## مراجع وتعليقات

7 - Hagen, R. (1975): Behavioral therapies and the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, pp. 70-96.

- انظر المرجع السابق للمزيد عن تفاصيل حالة المرأة ذات الهلوس وما أثارت من نشاط في مجال العلاج النفسي .

9 - Cutman, M. & Marston, A. (1967): Problems of subjects motivation in a behavioral program for the reduction of cigarette smoking. *Psychological Reports*, 20, 1107-1114.

- للإطلاع على نظريات وأراء « كارل روجرز » يمكن الرجوع بين عشرات المؤلفات والكتب الى الكتابين اللذين احتويا على أفكاره الرئيسية :

2 - A- Rogers, C. (1942) : *Counseling and psychotherapy* : Newer Concepts in Practice Boston : Houghton.

B- Rogers, C. (1951) : *Client-Centered therapy*: 1st current implications, and therapy. Boston : Houghton.

3 - Bandura A. (1969) : *Principels of behavior modification* New York: Holt

4 - Skinner, B.F. (1966): *Science and human behavior*. New York: Macmilan.

5 - Cautela, J.R. Treatment of compulsive behavior by covert sensitization . *Psychological Record*. 16,33-41

6 - Cautela, J.R. Behavior therapy and self-control. In c. Franks and co. Whilson (1969): (eds.) *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill (pp.323.340)

## الباب الثالث

### العلاج السلوكي لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية

الفصل العاشر : العلاج السلوكي واضطرابات الطفل .

الفصل الحادي عشر : الاضطرابات العصابية والقلق

الفصل الثاني عشر : العلاجات السلوكية والاضطرابات العقلية :  
الفصام خاصة .

الفصل الثالث عشر : البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسري  
السلوكي واضطرابات السلوك الفصامي .



## الفصل العاشر

### العلاجات السلوكية لمشكلات الطفل

ما هي الاسهامات التي يتفرد بها العلاج السلوكي في ميدان اضطرابات الطفولة ومشكلات الأطفال؟ وما هي الأساليب الفنية التي يستخدمها المعالجون السلوكيون في مواجهة مشكلات الطفل وأمراض الطفولة؟ هذه هي بعض الأسئلة التي سيجيب عنها هذا الفصل.

#### نماذج من اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل

مفهوم الطفولة كما سنستخدمه هنا يمتد ليشمل كل الفترة الزمنية التي تتراوح منذ الولادة حتى بداية المراهقة. أما عن مفهوم اضطرابات الطفل فهو يشمل كل ما يدفع الطفل أو أبائه، أو المحيطين به في المؤسسات الاجتماعية والتربوية والأسرة إلى طلب نصيحة المتخصصين وتوجيهاتهم المهنية للتخلص من جوانب السلوك - موضوع الشكوى. وسنتعرض فيما يلي لضرورة وجود علاج سلوكي للطفل، وأنواع المشكلات التي تواجه الأطفال وتحتاج للعلاج النفسي - السلوكي.

#### الحاجة لعلاج الطفل :

من الميسور دائما الحكم على اليالقين بالاضطراب وعدم النضوج عندما نلاحظ تقاربا بين أنواع ما يصدر منهم من سلوك وما يصدر عن

الطفل. انبأ في مثل هذه الحالات نصفهم بعدم التضج والإضطرابات بسبب صفاتهم الطفولية. لكن عندما تصدر مثل هذه التصرفات من الطفل فانها قد تكون شيئاً مقبولا ومناسبا لعمره، ومتطلبات مرحلة النمو التي يمر بها، وما تتطلبه هذه المرحلة من تغيرات فكرية، وانفعالية، واجتماعية. لهذا يحذرننا علماء العلاج النفسى - السلوكى (١) من الاندفاع والعجلة في وصف طفل معين بالإضطراب.

ومن ثم وجب على المعالج النفسى أن يكون ملما بقوانين النمو وتطور الطفولة حتى يسهل عليه معرفة ما يحتاج من سلوك الأطفال إلى تدخل مهنى (طبيبى أو نفسى) بسبب شذوذه وعدم ملائحته لمتطلبات النمو، أو ما يحتاج إلى التجاهل أو الإغفال - أو حتى التشجيع - بسبب انسجامه مع تلك المتطلبات.

ان كثيرا من الإضطرابات كالعدوان، والحركة الزائدة، والتحطيم، والبكاء، والتبول اللاإرادى واضطرابات النوم - ومى المشكلات التى تسبب أزعاجا للأسرة قد تكون لدى كثير من الأطفال تعبيراً يتناسب مع الفترة الزمنية التى يمر بها الطفل. ومن ثم فانه لا يجوز وصفها بالشذوذ، أو المرض، والمشاكسة.

لكننا ممكن - اعتمادا على ما يردنا من بحوث علمية - أن نقرر أن هناك كثيرا من المشكلات التى تصدر عن الأطفال لا تكون مطلبا من مطالب النمو ولا تتسجم مع التطور الزمنى للطفل وما يصحبه من تطور انفعالى أو عقلى أو اجتماعى ومثل هذه المشكلات التى قد يتفاقم بعضها لدرجة ممكن وصفها بالإضطراب أو الشذوذ تتزايد تزايدا مخيفا. ففي دراسة أمريكية (Tuma) (2) تبين أن نسبة ١١٪ من الأطفال فى الولايات المتحدة (أى

إلى ٨ مليون طفل) يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية. وتؤكد تلك إسة أن هذه النسبة تتزايد عن ذلك بكثير إذا ما ضمنا لهذه الفئة لقال الذين يعانون من الإضطراب الذى لم يشتد لدرجة تثير الحاجة لطلب العلاج. والأطفال الذين يعانون من مشكلات التخلف العقلى ومشكلات لم. ولا يوجد فى مجتمعاتنا العربية - فى حدود علم الكاتب - دراسات أو دراسات شاملة تمكنا من تقدير انتشار الإضطراب بين نال ومداد. الا أننا نعتقد أن التغيرات الإجتماعية والسلوكية المتخصصة بحال اضطرابات الطفولة لا تمكنا من التناول الشديد. وبناء على تجربة الكتاب (ع. ابراهيم) فى إحدى العيادات النفسية فى البلاد العربية نجد أن يقرب من ٦٥٪ من الحالات التى تقد للعيادة طلبا للخدمة النفسية هى للأطفال. وتمتد الشكاوى فى مثل هذه الحالات لتشمل مشكلات كما سنرى فيما بعد - فى صميم التخصصات النفسية - السلوكية. فأننا نعتقد أن الحاجة لوجود خدمات نفسية - سلوكية أمر ضرورى من مطالب النمو بهذا التخصص.

### الاضطرابات التى يعانى منها الأطفال:

تتنوع المشكلات والإضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل ومن أحد الطرق بهذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها التركيز على معرفة ما يرد مصعبين من الأطباء وخبراء العلاج النفسى فى المستشفيات والعيادات والمؤسسات، الإجتماعية والتربوية من حالات لمعرفة أنواع الإضطراب صدر عنها ثم تصنيفها.

وإذا ما قبلنا بالتوصيف الذى يضعه لنا المرشد الطبى النفسى (3) لهذه الحالات، فإن من الممكن تحديد فئات رئيسية

١- **مشكلات متعلقة بالنمو :** التخلف العقلي أو الدراسي، ومشكلات النمو اللغوي، صعوبات التعلم.

٢- **مشكلات متعلقة باضطراب السلوك :** الافراط الحركي (الحركية) Hypernension ، العدوان - تشتت الانتباه - التخريب - الجنوح - الكذب - الانحرافات الجنسية.

٣- **مشكلات القلق :** قلق الانفصال - Separation anxiety - القلق الإجتماعي - تحاشي أو تجنب Avoidance Disorders الاحتكاك بالآخرين.

٤- **الإضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام :** Eating Disorders : الهزال أو النحافة المرضية - Anorexia nervosa - السمنة Obesity - التهام المواد الضارة Pica.

٥- **اللوازم الحركية :** Tics - نتف الشعر - مص الاصابع - قضم الأظفار.

٦- **اضطرابات الإخراج :** التبول اللاإرادي - Enuresis - التفوط - Encopresis.

٧- **اضطرابات الكلام واللغة :** التتهمة - البكم - الحبسة الصوتية .

٨- **اضطرابات أخرى :** نعان الطفولة - السلوك الاجتراري (٤)

ولا معنى أن تقسيم هذه الفئات المرضية الذي تتبعناه جمعية الطب النفسي الأمريكية أن هذه الفئات يستقل بعضها عن البعض الآخر ، فهذه الفئات تتداخل فيما بينها ، مما يجعل هذا التقسيم لا يعدو عن كونه مطلب

مطالب التبسيط العلمي الذي لا يخلو - أحياناً - من بعض العيوب .  
مطربات توعية :

لكن من أجد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكي هو عدم الإكتفاء بسع الاضطراب أو الأعراض أو الشكاوى في فئات عريضة بالشكل السابق . إن المطالب الأول للبدء في أى برنامج للعلاج السلوكي للطفل هي تحديد بالضبط السلوك الذي ترغب في علاجه تحديداً نوعياً (٥) . فالمعالج الوكي - على سبيل المثال - لا يقبل وصف إضطراب طفل معين بـ "ان" ، ويفضل بدلاً من ذلك مظاهر سلوكية مثل : يستخدم الفاظاً قبيحة - ضرب أخته - يعتدى على أبويه بالضرب - يبصق - يخطف الأشياء من أم زملائه - يحطم أثاث المنزل - يشعل النيران - والى غير ذلك من أئب السلوك التي قد تصف بالسلوك العدوانى . وبالمثل فالمعالج السلوكي ليل استخدام جوانب سلوكية مثل : يخاف من الظلام - يشعر بالسخونة المدرسة .. وذلك بدلاً من وصف الطفل بأنه يعاني من عصاب القلق أو به المخاوف ..

ويحتاج المعالج السلوكي أن يدرب نفسه جيداً على مثل هذه سياغات السلوكية، وسنرى فيما بعد الفوائد التي يجنيها المعالج من هذه سياغات السلوكية النوعية من حيث سهولة ملاحظة المشكلة وتقييمها ومن يش متابعة خطة العلاج ومدى فاعليتها.

وعلى العموم فإن أنواع المشكلات التي يعاني منها الأطفال وفق مفهوم السلوكي تتنوع وتتعدد بتعدد المظاهر السلوكية التي تستثير قلق الآخرين وقلق المعالج على السواء . ويبذل - لهذا - المعالجون السلوكيون

جهداً كبيراً في وضع قوائم تحليل سلوكي نوعي للاضطرابات السلوكية الشائعة. فعلى سبيل المثال وضع "ولبي Wolpe" و "لانج Lang" (٦) ما يسمى بقائمة مسح المخاوف الاجتماعية Fear Survey Schedule وهي تتكون من ٧٤ بنداً تمثل مخاوف شائعة بين الأطفال كالشماعين، والأماكن المظلمة، والأصوات العالية، والسلطة، والإجتماع بالآخرين، والتحدث مع الغرباء... الخ. وتستخدم - من ناحيتنا بالعيادة السلوكية بكلية الطب - جامعة الملك فيصل بقائمة مشكلات الطفل التي تتكون من ٧٥ مشكلة نوعية يقوم المعالج من خلالها بتقييم حدوث كل مشكلة منها على مقياس يتراوح من ١ (لا تنطبق) إلى ٣ (تنطبق أو تشيع بشدة في سلوك الطفل). ويمكن للقارئ أن يتجول في هذه القائمة حتى يطلع على بعض أنواع المشكلات التي يعاني منها الأطفال في العيادات النفسية (أنظر جدول ٤).

### إجراءات العلاج السلوكي للطفل

هناك تقريباً ست خطوات نحتاج للقيام بها لتنفيذ خطة العلاج السلوكي بطريقة التصميم، وهي تشكل في مجموعها نفس الإجراءات المتبعة في تقدير وتقييم الاضطرابات النفسية والسلوكية للطفل وخطط علاجها لدى رواد العيادة النفسية السلوكية بقسم الطب النفسي - جامعة الملك فيصل.

### الخطوة الأولى: تحديد السلوك المحوري :

السلوك المحوري Target Behavior هو السلوك الذي نريد علاجه فيه. وقد يكون هو الشكوى الباشرة أو السلوك الذي يتفق المعالج مع المريض أو الأسرة على أن التعديل منه سيؤدي إلى تغييرات رئيسية في حياته ومن المطلوب أن تعدد السلوك المحوري تحديداً نوعياً. وقد أشرنا أن استخدام عبارات مثل مكتئب أو مندفع، أو لديه ضعف في الشخصية لكون مقبولة لأن من المطلوب وضع جوانب الشكوى في شكل مظاهر محددة يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقييم جوانب التقدم فيها. مثلاً (بدلاً من أن الشخصية يمكن أن يقال أنه يعجز عن الاحتكاك البصري أو لا يعبر غضبه عندما تخفق حقوه).

ويعد تحديد السلوك المحوري يجب أن تكون لدى المعالج والأهل كل جميعهم صورة واضحة - من خلال البيانات والملاحظات التي أمكن لها بملاحظة الطفل - كيف يتدخل هذا السلوك في صحة الطفل وسلامته ورفاهية جميع الأطراف.

الخطوة الثانية : وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيعه :

ويتطلب ذلك بالطبع جمع ملاحظات أو بيانات عن عدد المرات التي ترفيها السلوك ويمكن لهذا الغرض أن تستخدم وسائل الملاحظة مستمارات المعدة خصيصاً لذلك - وذلك حتى نصل لما يسمى بحد Base-line .. أي أقصى قدر يظهر به السلوك.

جدول (٤)، قائمة المشكلات السلوكية

اسم الشخص / الطفل : \_\_\_\_\_ عمره : \_\_\_\_\_ تعليمه : \_\_\_\_\_  
 التشخيص الطبي : \_\_\_\_\_ المستوى العقلي : \_\_\_\_\_  
 التعليمات : العبارات التالية تعبر عن المشكلات لدى بعض الأطفال . المطلوب قراءة كل عبارة منها  
 وتحديد ما إذا كانت تنطبق أو تظهر في سلوك الشخص أعلاه خلال الأسبوع الماضي .  
 الإجابة تكون بوضع دائرة حول رقم العبارة الملائمة

[illegible]

\* ای ملاحظات او مشکلات تعب ان تضيفها .. أضفها هنا

وتساعد هذه البيانات على تحقيق شيئين رئيسيين :

١- تبين لنا - كميا - مقدار شيوع هذا السلوك بما في ذلك الأوقات أو الظروف التي ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه.

٢- تعطينا فرصة لمراقبة التطورات العلاجية بهذا السلوك وبذلك يمكننا تقييم الخطط العلاجية المستخدمة بكل دقة.

### الخطوة الثالثة: السوابق والمواحق :

نحتاج في هذه الخطوة إلى التحديد الدقيق للظروف السابقة أو  
بيئة الطفل عند ظهور السلوك غير المرغوب.

مثال: الطفل يتهجم على الأم في الأوقات التي تكون فيها مشغولة  
بالحفاة أو الطعام أو مداعبة أخته الصغرى.

ويتطلب هذه الخطوة أن نستكشف من خلال دراسة الحالة ولقاء  
مبوين متى بدأ هذا السلوك الخاطئ في التكوين.

مثلاً: يبدأ الطفل يستخدم أسلوب البصق منذ سنة عندما لاحظ أن  
 هذه قد فعل ذلك مرة مع أحد الاخوة، أو عندما ضحك الأب في السابق

فما رأى الأخ الأصغر يبصق على أمه.

كذلك يجب أن نحدد الاستجابات البيئية أثر ظهور السلوك غير المرغوب.

## جامعة الملك فيصل

مشفى الملك فهد الجامعي بالخبر

الطب النفسي / العيادة السلوكية

جدول (٥) (استمارة ملاحظة)

السوابق والأحوال السلوكية

الغرض :  
١- فيمبلي بعض جوانب السلوك أو المشكلات التي تصدر عن البعض من المطلوب أن تقرا السلوك وأن تضع مائة حول إحدى العبارات المرسومة بالفاصل الأولى من الجدول التالي..  
الفاصل بحسب ما هو محدد في كل منها :

السلوك	تاريخ حدوثه	المرحلة التي استغرق في القيام	كم مرة	ما الذي حدث قبل ظهور السلوك	الاستجابة اللاحقة من الشخص أو الآخرين	ما من المكاسب التي حصلت عليه من جراء السلوك	أكتب هنا أي ملاحظات أو ملاحظات يظهرها المشكلة
١- أو إنداء				١- إشراف الوالد	١- الإشراف له	١- الإشراف له	مثلاً :-
٢- إشراف الوالد				٢- إشراف الوالد	٢- إشراف الوالد	٢- إشراف الوالد	مولود جديد
٣- إشراف الوالد				٣- إشراف الوالد	٣- إشراف الوالد	٣- إشراف الوالد	خبره
٤- إشراف الوالد				٤- إشراف الوالد	٤- إشراف الوالد	٤- إشراف الوالد	إنتقال من مكان
٥- إشراف الوالد				٥- إشراف الوالد	٥- إشراف الوالد	٥- إشراف الوالد	من الأصدقاء
٦- إشراف الوالد				٦- إشراف الوالد	٦- إشراف الوالد	٦- إشراف الوالد	شكاري جسمية
٧- إشراف الوالد				٧- إشراف الوالد	٧- إشراف الوالد	٧- إشراف الوالد	تغييرات بيئية
٨- إشراف الوالد				٨- إشراف الوالد	٨- إشراف الوالد	٨- إشراف الوالد	الطاقة البشرية
٩- إشراف الوالد				٩- إشراف الوالد	٩- إشراف الوالد	٩- إشراف الوالد	حتى التغيرات
١٠- إشراف الوالد				١٠- إشراف الوالد	١٠- إشراف الوالد	١٠- إشراف الوالد	سواء في
١١- إشراف الوالد				١١- إشراف الوالد	١١- إشراف الوالد	١١- إشراف الوالد	الأسرة
١٢- إشراف الوالد				١٢- إشراف الوالد	١٢- إشراف الوالد	١٢- إشراف الوالد	خلق
١٣- إشراف الوالد				١٣- إشراف الوالد	١٣- إشراف الوالد	١٣- إشراف الوالد	زواج حديث
١٤- إشراف الوالد				١٤- إشراف الوالد	١٤- إشراف الوالد	١٤- إشراف الوالد	أيام الملاحظات
١٥- إشراف الوالد				١٥- إشراف الوالد	١٥- إشراف الوالد	١٥- إشراف الوالد	أيام الدراسة
١٦- إشراف الوالد				١٦- إشراف الوالد	١٦- إشراف الوالد	١٦- إشراف الوالد	التمريض أو الآخرين
١٧- إشراف الوالد				١٧- إشراف الوالد	١٧- إشراف الوالد	١٧- إشراف الوالد	أو تحريك
١٨- إشراف الوالد				١٨- إشراف الوالد	١٨- إشراف الوالد	١٨- إشراف الوالد	أوقات معينة
١٩- إشراف الوالد				١٩- إشراف الوالد	١٩- إشراف الوالد	١٩- إشراف الوالد	بالليل أو النهار
٢٠- إشراف الوالد				٢٠- إشراف الوالد	٢٠- إشراف الوالد	٢٠- إشراف الوالد	أي تغييرات
٢١- إشراف الوالد				٢١- إشراف الوالد	٢١- إشراف الوالد	٢١- إشراف الوالد	جديدة خاصة
٢٢- إشراف الوالد				٢٢- إشراف الوالد	٢٢- إشراف الوالد	٢٢- إشراف الوالد	بالأسرة أو
٢٣- إشراف الوالد				٢٣- إشراف الوالد	٢٣- إشراف الوالد	٢٣- إشراف الوالد	الشخص أو
٢٤- إشراف الوالد				٢٤- إشراف الوالد	٢٤- إشراف الوالد	٢٤- إشراف الوالد	العمل تذكر :-

استمارة ملاحظة لتقييم كل مشكلة سلوكية ملاحظة

مثلاً : قام الأب بضربه أو شتمه عندما رآه يبصق.

وتمثل الاستمارة المرفقة (السوابق والأحوال السلوكية) نموذجاً جيداً لتقييم الاستجابات البيئية لسلوك المرضى. ويالنظر إلى هذه الاستمارة نجد أنها تغطي هذه الجوانب :

١- أنواع السلوك مصنف الشكوى (ضرب - شتم - بصق - الخ).

٢- تاريخ حدوثه.

٣- الوقت الذي استغرقه.

٤- مع من حدث (الأب - الأم - أحد الأخوة - الزملاء).

٥- كم مرة يحدث في اليوم (بالاستمارة بالبيانات الواردة في استمارة الملاحظات وحد الانتشار (Base Line Data)).

٦- ما الذي حدث قبل ظهور السلوك (انشغال الأم عنه، حضور الأب من الخارج - رفض طلب له - اثر مشادة - بعد توبيخه أو معاقبته - الخ).

٧- كيف استجاب الآخرون (كالأسرة أو المدرس أو المشرف) للسلوك (الامر بأن يسكت - تقييد الحركة - الضرب).

٨- ما هي المكاسب التي جفاها الطفل من جراء سلوكه الضاغط (حصول على اللعبة التي كانت موضوعاً للشجار - عدم الغياب للمدرسة - اثاره غيظ الأسرة).

٩- أي ملاحظات أو تخمينات ترتبط بظهور المشكلة (غيرة - صراع بين الأبوين - طلاق - طلاق - علة - عادة شبيهة - احتمالات ممارسة عادة سلبية

- الخ).

## الخطوة الرابعة: برنامج العلاج والخططة العلاجية:

أنت الآن في وضع يمكنك من تصميم الخططة العلاجية. فقد اكتملت لديك صورة واضحة عن أنواع السلوك المرضى (المحوري) التي تريد أن تعالجها. وأصبحت لديك بيانات وأفرة عن شيعوع هذا السلوك، الكاسب التي يجنيها منه الطفل... فضلا عن هذا توفرت لديك بيانات عن التدعيمات السابقة والتدعيمات اللاحقة والتي تساهم في تقوية هذا السلوك. يصبح الطريق ممهدا للخططة العلاجية التي يجب أن تتضمن ما يلي:

١- تحديد الأهداف النوعية: التي تتطلع لانجازها. ويفضل المعالجون السلوكيون أن يتم تحديد هذه الأهداف بشكل ايجابي.

مثال: بدلا من أن يكون الهدف هو:

«التقليل من الشنائم والالفاظ النابية بنسبة ٥٠٪ في الاسبوع الأول»

يصوغ المعالج الهدف بالشكل الآتي:

«تزايد نسبة الابتسام، أو الحوار اللفظي بنسبة ٥٠٪ في الاسبوع الأول».

الاول.

مثال آخر: بدلا من التوقف عن المجادلة قل: «تزايد نسبة الاصفا» أو

«تزايد نسبة القاء الأسئلة» أو «تزايد السلوك الدال على

التعاون» (حدد ذلك نوعيا).

وضع في الخططة الشروط أو الوسط الذي سيحدث خلاله السلوك

الايجابي، فضلا عن تحديد محكات أداء هذا السلوك

الايجابي.

إذا كان الهدف هو تزايد السلوك التعاوني في الاسبوع الأول بنسبة ٥٠٪ تكون محكات هذا التزايد مثلا: (أ) الوقت الذي يقضيه الطفل مع والدته في المطبخ، (ب) عدد المرات التي يعيد فيها بعض الأدوات المنزلية إلى أماكنها المعدة لها، (ج) كم مرة قام بترتيب سريريه في الاسبوع. (د) يساعد الأم في تنظيف أو مداعبة الأخ أو الأخت الصغرى.

مادة أخرى يمكن تقدير محكات السلوك الايجابي اما في شكل تحديد مقدار الوقت أو الزمن الذي يقضيه في أشياء مرتبطة بهذا السلوك، أو بإحصاء عدد أو كمية النشاطات السلوكية المتنوعة التي يمكن تفسيرها بشكل ايجابي في فترة زمنية (خلال كل ساعة مثلا).

تشرك الوالدين والطفل في وضع البرنامج: فمن خلال التعاون معهما يمكن أن تحدد المدعمات الايجابية والسلبية التي ستعوق ظهور السلوك المرغوب أو تيسر ظهوره.

ستعتمد بقائمة التدعيمات اللفظية أو المصورة (٧، ٨)، وحاول في اختيار هذه المدعمات أن تكون ملائمة للعمر ومتنوعة وأن تقدم حسب خطة التدعيم، وأن تكون لاحقة أو مرافقة لأي تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الايجابي.

جه انتباه الوالدين إلى ضرورة الاكثار من التدعيم عند ظهور الجوانب المرغوبة.

يجب أن تتضمن الخططة كل الأساليب الفنية (أنظر جدول ٧) التي ستستخدم لتدعيم ظهور السلوك المرغوب، واليقاف أو تقليل السلوك غير المرغوب.

ستستخدم الأبوان طريقة الابعاد المؤقت لمدة خمس دقائق في المطبخ

إذا بدأ في نوبات الغضب أو الاعتداء

مثال آخر: سيقوم الطفل بتنظيف أو أوى المطبخ إذا لم يبدأ في عمل واجباته المنزلية فور الانتهاء من طعام الغذاء

و- ينبغي أن تشمل الخطة أيضا على خطة زمنية لتقييم هذا البرنامج -  
وكن متسقا مع الأبوين في ذلك .. وشجعهما على الاتساق مع الطفل في ذلك.

الخطوة الخامسة: بناء توقعات علاجية :

وتتضمن هذه الخطوة على اقتراحات منها:

أ- تشجيع الاتجاه الإيجابي لدى الطفل والأمر بآن السلوك الإيجابي والتفسير  
سيحدثان حتما. شجع الأسرة على خلق شروط تساعد على ظهور أنواع السلوك  
الإيجابية المرغوبة أكثر من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب

مثلا:

جلسات اسرية - ثلاث مرات اسبوعيا لمدة نصف ساعة - يحجم خلالها الأبوان عن  
التأنيب أو النقد. ويتبادلون الحوار خلالها عن الأشياء الإيجابية التي يتمتع بها الطفل  
وأفراد الأسرة الداخليين معه في عملية التفاعل. يتخلل هذه الجلسات بعض النكات  
المرحة، والقرب البدني والربت.

مثال آخر:

أي سلوك أو نشاط يصدر عن الطفل ويمكن اعتباره إيجابيا سيؤدي إلى مكافأة الطفل  
أما لفظيا أو بنيا أو بتسجيل هذا السلوك في كراسة معدة خصيصا لذلك  
ب- ينبغي تقسيم السلوك - الهدف - إلى أقسام أو خطوات فرعية ... مع تشجيع كل  
خطوة عند ظهورها:

كما لا يظهر لدى الطفل ما يدل على أي سلوك سلبي (غضب مثلا أو الحاح ، أو  
(حبيب) لمدة ١٥ دقيقة ستهب لتحاووه أو تتبادل معه بعض الأحاديث الودية بهدف  
ثابته على ذلك وزيادة هذه الفترة. سيزداد هذا الزمن تدريجيا لنل أربعة أيام  
آخر: سيقوم الأبوان أو المشرف بتدعيم الطفل إيجابيا (حبيب  
الخطة) كلما ظهر منه ما يدل على التبادل في العلاقات الإجتماعية  
(مثلا عندما يلعب أخته الصغرى، أو عندما يعرض القيام بعمل  
شيء أو أداء نشاط مفيد).

آخر : ستحدد للطفل قائمة بنشاطات أو واجبات صغرى أو بسيطة  
ينتهي أداؤها دائما بالنجاح .. وثابته على ذلك لاذقته طعم  
النجاح في العمل. ويمكن الاستعانة بوضع هذه النشاطات من  
خلال الملاحظة أو من القائمة المرفقة في جدول (٦).

#### جدول رقم (٦)

قائمة نشاطات يمكن استخدامها

لخلق فرص النجاح أمام الطفل لأن أدائها دائما ينتهي بالنجاح

تنظيف طفل آخر	إطفاء الراديو أو التلفزيون	غسل وعاء	مسح الطاولة أو المائدة
غسل الملابس	إطفاء الأضواء	عمل شاي أو قهوة	مسح الطاولة أو المائدة
تجفيف الملابس	إشعال الأضواء	كنس حجرتي	مسح الطاولة أو المائدة
تطبيق الملابس	تنظيف السيارة	كنس حجرة أخرى	مسح الطاولة أو المائدة
توثيق أرغف	الكتابة	كنس المطبخ .. الخ	مسح الطاولة أو المائدة
طبخ	تعلم خبرة جديدة	نقل طبق أو صحن مكانه	مسح الطاولة أو المائدة
تذكيرنا بشيء معين	حفظ	التعاون مع أحد أفراد	مسح الطاولة أو المائدة
الخ .. الخ	تذكير	الأمور في ..	مسح الطاولة أو المائدة
	شراء أشياء من الخارج	تشغيل الراديو أو	مسح الطاولة أو المائدة
		التلفزيون	مسح الطاولة أو المائدة



## مقارنة بين المناهج السلوكية المختلفة

### في علاج اضطرابات الأطفال

يتميز المعالج السلوكي بمرونته وتكيفه مع متطلبات كل حالة ولهذا  
أكثر طرقه - كما وكيفاً - تبعاً لمتطلبات الحالة وطبيعة المشكلة. لكن تتنوع  
الطرق قد يثير أمام المعالج مشكلة تتعلق بلئى هذه الأساليب يبدأ؟ وعلى  
أساس يختار أسلوباً من أساليب أخرى ومتى يجمع أكثر من أسلوب معاً  
التعامل مع الطفل؟

بعبارة أخرى، فقد يجد الخبير النفسى السلوكى فى ميادين الممارسة  
نحية أو الإجتماعية أو التربوية قد يجد فى تنوع هذه الأساليب ما يريكه  
ما يريد أن يستخدم هذا الأسلوب ومن ذاك

والصقيقة أن جميع هذه الطرق التى يعرضها الجدول الآتى  
عها - إذا عاملناها بوجهة نظر علمية بحثية - قد خضعت للتجريب العلمى  
نحت. ولهذا فإنه لا توجد طريقة منها أفضل من الطرق الأخرى

لكن المعيار الملائم، الذى نرى أن يراعيه المعالج عند إختيار أسلوب  
آخر هو أن يكون ملائماً لطبيعة المشكلة. فمن المؤكد أنه توجد أساليب  
أو ملائمة من الأساليب الأخرى بالنظر إلى نوع المشكلة أو الإضطراب.  
الجدول الآتى الذى إعتدنا فى صياغته على عدد معين من المراجع  
لخدمة فى العلاج السلوكى تفصيلياً للأساليب السلوكية التى تمالج  
لررابات الطفل وما تصلح له من مشكلات

ج- مساعد الطفل على ابتكار أو ممارسة نماذج سلوكية معارضة  
للسلوك الخاطيء أو الرضى.. بحيث لا يمكن أدائه مع السلوك  
المعارض، ويستحيل حدوثه منطقياً ونطقياً للتناقض والتعارض بينهما.

مثال : لتجنب نتف شعر الرأس أو الحاجب سيطلب من الطفل تليل يديه أو  
ضمهما معاً، أو استخدامهما فى أداء أى نشاط أطول مدة ممكنة  
(لا يمكن للطفل أن ينتف شعره بينما يده مفلوئتان أو مشغولتان  
بشيء آخر).

د- الاحتفاظ بسجل يومى للتقدم أو تعديل السلوك.

هـ- إباح الآباء والأخوة والأصدقاء والأزملاء والمدرسين ما أمكن فى خطة  
العلاج وإطلاعهم عليها.

الخطوة السادسة : تعميم السلوك :

الآن وقد أمكن للطفل تعلم كثير من الجوانب الإيجابية للسلوك يبقى  
تعميم هذا السلوك الجديد على البيئة الطبيعية أو المواقف الحية.  
اذ ينبغي تشجيع الطفل على تعميم خبراته الإيجابية التى تعلمها فى المنزل  
تحت إشراف مهتى إلى مواقف جديدة كالأصدقاء.

ويتطلب ذلك إثارة مواقف الطفل وتحفيزه بكل الوسائل الممكنة على  
محادثات إيجابية .. الاحتكاك البصرى .. التعبير عن الإنفعالات بحرية .. الخ.  
كذلك يمكننا أن نشجعه على استباق الاستجابات الملائمة للمواقف  
الخارجية من خلال لعب الأنوار، أو استباق التعبيرات الإيجابية ، مثلاً : لقد  
أصبح الآن بإمكانك أن تقوم برحلة مع أصحابك دون خوف أن تفقد  
أعصابك.

بيان بأنواع مشكلات الطفل  
ومايلانها من أساليب سلوكية

أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بغاية	الأساليب العلاجية
المخاوف المرضية، القلق، العزلة والتجنب الإجتماعي التعامل الإجتماعي مع العداوة الخارجية ومواقف التهديد	تطمين المتدرج (التعرض التدريجي) به منفر والتعامل معه بأقل قدر من حساسية (تفريغ الحساسية)
مشكلات النطق واللغة، الحركية (الحركة المفرطة)، الصراعات الإجتماعية، العدوان، المخاوف المدرسية، اضطراب العادات الصحية (كالتبول اللاإرادي، التقوط، نظافة الفم واليدين)	تأهيل التعديل: تدعيم الإيجابي، لتدعيم الذاتي
مشكلات الطعام (نقص الشهية الشراهة، المزوف عن الطعام اضطرابات الإنتباه، كثرة المهارات الدراسية، اضطرابات السلوك (السرق، المشاجرات، الكذب، تعاطي المخدرات)، صعوبات التعلم (مشكلات القراءة والكتابة وتنظيم عادات الدراسة).	إقتصاد الرمزي
إكتساب المهارات الحركية (الكتابة، تنظيف النفس) المهارات الإجتماعية (الحديث، اللغة البدنية) والدراسية (تنظيم جدول العمل).	تشكيل والتقريب التدريجي والدراسية
المخاوف والسلوك التجنبي أو الهروبي، جوانب القصور في السلوك الإجتماعي (الخجل، التعبيرات البدنية، مهارات الحديث، مهارات الحركة، مشكلات الجنوح)،	دراسية (تنظيم
اضطرابات التعلم، الإلحاح أو النهم، المعاندة.	تقضاء ومحاكاة النماذج
	سبب المنبه

تابع جول ٧  
بيان بأنواع مشكلات الطفل  
ومايلانها من أساليب سلوكية

أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بغاية	الأساليب العلاجية
المشكلات السلوكية داخل الفصل الدراسي، الصياح، العدوان، التنهات، البكاء، لت الإنتباه، التفاخر، التبعج المفاوحة، الإلحاح في اللبس أو المظهر.	نظام (سحب التعزيز الإجتماعي، الجمال)
إشغال التبول ببعض حالات السلوك القهري	تدعيم بالمنبه
السلوك الفوضوي	تدعيم المتكرر
السلوك التخريبي - المشاجرات والعواء الشتائم - النحيب	تدعيم الموقت
نوبات الغضب Tantrums العدوان - السرق التملص للإلحاح	تدعيم الإستجابة
المركب داخل الفصل الدراسي الجنوح - إشغال النيران - الفوضوية في السلوك	
نواحي القصور في السلوك الإجتماعي بما فيها الخجل - عدم القدرة على رد الإهانات - التعامل مع العداوة الخارجية - العجز عن التعبير عن النفس.	تدعيم المهارة بما فيها تأكيد تدعيم المهارات الإجتماعية - (الأدوار)
نواحي القصور في السلوك الإجتماعي - المشاحنات الأسرية بما فيها المواجهات التي تحدث بين المراهق وأسرته.	تدعيم الأدوار أو ممارسة أدوار معارضة

## تحذيرات وتبويضات متعلقة باضطرابات الأطفال

يجب يادىء ذى بدء أن نتحاشى التسرع والعجلة فى وصف طفل بالقلق أو الإضطراب النفسى. ويتطلب ذلك أن نميز بوضوح بين ما هو حالة تحتاج للعلاج، وما هو شىء أو أسلوب تفرضه متطلبات النمو. من يوف مثلا أن الفترة من سنتين إلى أربع سنوات- فيما يوضح لنا علماء النمو- تعتبر من أشق المراحل فى تربية الطفل، لما فيها من حركة عاطفية وإستكشاف للبيئة. ولهذا يكون من الطبيعى أن يتسم سلوك الطفل بمرئياته بمظاهر قد يفسرها الوالدان خطأ على أنها نوع من التخريب أو الكى وقد تدفع المتعجل إلى أن يتصور أن هناك شيئا مرضيا لدى هذا الطفل. إن التدمير والتخريب والعنوان والحركة الشديدة فى هذه المراحل ليست سبب- نابعة من تشخيصات الآباء وأنزعاجهم ولكنها بالنسبة للطفل طبيعى، وإكتشاف لقوانين الطبيعة وحسب الإستطلاع.

فخلا عن هذا، فإن غالبية مشكلات الطفل لا تنتج عن الإضطراب بل من متصير عن عدم الخبرة، والجهل، ومن ثم فإن جهودا كبيرة قد تبذل لمحاولات العلاج، وإستشارة الخبراء يمكن إختصارها بإعطاء معلومات دقيقة ومنصلة عن كيفية أداء السلوك السليم، أو كيفية أداء النشاطات الثلاثة بكفاءة.

ويدرك المعالج الحصيف، أيضا، أن الغالبية العظمى من مشكلات أطفال تكتسب بسبب أخطاء فى عملية التعلم أى نتيجة لأخطاء بيئية. الطفل الذى يحاكى ما يلاحظه فى أبيه أو أخوته من إنفعال أو عنوان، أصوات عالية وكلمات نابية لا يدرك أنه بمحاكاة تلك يتعلم سلوكا مرضيا وشاذا، ولهذا تبين البحوث أن إضطرابات الأطفال تكون تعبيرا مباشرا

تابع جدول ٧

بيان بأنواع مشكلات الطفل

وما يلائمها من أساليب سلوكية

أنواع المشكلات التى يستخدم لعلاجها بفاعلية	الأساليب العلاجية
مواجهة الأزمات الطارئة- المواقف العرجة مثل الانفصال- قلق الموت- السلوك الإنمائى- مواقف الصراع- المخاوف- العدوان- مواقف التوافق مع الضغوط	١٣- التعديل المعرفى الانفصال- وتدريب المهارة على حل المشكلات
الصراعات الإجتماعية- الإنفعال- الخوف- التقاسم عن الأداء الأكاديمى- الإفراط الحركى- ضعف الدافعية للعمل والنشاط	١٤- مناهج ضبط الذات- الحوار الداخلى مع النفس
القبول اللاإرادى- السلوك القوضى- زيادة السلوك الإيجابى	١٥- التعريب الإجرائى بحسب خطط تقوم على المكافأة الذاتية والعقاب الذاتى
السلوك التخريبى- المارقة- الصراع- رفض المدرسة أو الهروب منها	١٦- الإتفاقات المتبادلة والتعاقد مع المريض
زيادة الوزن أو السمنة- الهزال- مشاكل السلوك الوالدى	١٧- مراقبة الذات عند ظهور السلوك

## مراجع وتعليقات

1. kazdin, A.E. (1990). Conduct disorders. In A.S. Bellack et al. (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. New york : Plenum press (PP. 669-706).
- 2- Williams, L. et al. (1993). Pharmacotherapy of aggressive behavior in individual with Mental Retardation and Mental Illness. *Journal of Developmental & Physical Disability*. vol, 5,1, 87-94.
- 3- Americom Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3 rd Ed. - Revised. Washington, D.C. : APA.
- 4- Kaslow, N.J., & Racusin, G.R. (1990). Childhood depression. In A.S. Bellack et al. (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy*. New York : Plenum press (2nd Ed. 547-565).
- 5- Levis, D.J. (1990). The experimental and theoretical foundations of behavior modification. In A.S. Bellack et al. *International handbook of behavior modification and therapy*. New York : Plenum Press (2nd Ed., 27-52).

من أخطاء أو اضطرابات في البالغين أنفسهم. ولحكمة ما جرت عادة أن المعالج النفسي لا يحكم على سلوك الطفل بمعزل عن سلوك المحيطين به. وربما لهذا السبب نجد أن البحوث تكشف عن تزايد في مشكلات الأطفال إذا ما كان الجو الأسري نفسه مقعم بالمشاكل والصراعات.

وإذا كان تشخيص مشكلة الطفل لا يجب أن يتم بمعزل عن الظروف الاجتماعية والأسرية، فإن العلاج السلوكي يتطلب أيضا ذلك. ولهذا فإن المعالج النفسي السلوكي يحتاج إلى تعاون البالغين والمربين والزملاء والمشرقيين على الطفل بعبارة أخرى، فإن العلاج السلوكي عملية نشطة يساهم فيها المعالج والطفل والآباء (أو بدائلهم) جميعا. وهي عملية ممتدة أي أن تنفيذها لا يقتصر على الساعة التي يمضيها الطفل في العيادة النفسية. بل يجب أن تمتد للأسرة أو المدرسة أو كليهما معا.

ويجد المعالج السلوكي في أحيان كثيرة أن علاج مشكلات الطفل بطريقة ناجحة لا يقتصر على علاج الطفل بل قد يتطلب علاجا وتعديلا في سلوك البالغين أنفسهم. ومن ثم فقد يمنع بعض وقت وجهده للأسر محاولة إرشاد أفرادها إلى طرق أسلم من التفاعل والتصرفات.

## الفصل الحادى عشر

### الإضطرابات العصابية والقلق

#### تحليل سلوكى للشخصية العصابية

العصابى نوصف شخصيته تسهل إستنتاجها، وشخصية العصابى بهذا المعنى تعبر عن إنفعال المريض بالأحداث التأففة، وتتصف بالشاعر بالأحاسيس المليئة بالتهديد والتشاؤم، والسلوك المتسم بعدم الإستقرار أو التفكير الميال للمبالغة والتطرف.

ويعتبر وجود العصاب الشرط الرئيسى للقلق المرضى. إن العالم الخارجى - فيما يقول العالم النفسى المعاصر "جان داير" John Dyer (١) - لا يوجد به قلق، ولا يوجد به خير أو شر، القلق هو خبرة نخلقها نحن ثم نلوحها على العالم بعد ذلك.

ويعبر الطبيب النفسى "جرينبرج" عن معنى مماثل فيقول: إن أنواع القلق مهما اختلفت تتبع من نفس المنبع الذى يتمثل فى وجود نمط عصابى فى الحياة يتميز بالإنفعال نحو أهداف متعارضة يناقض بعضها بعضاً، وبالاتجاه للتعامل مع المستحيل، وبصورة غير واقعية للعالم الذى نعيش فيه، وبإدراك مشوه لأنفسنا. وهو لهذا يرى أن العصاب هو الشرط الرئيسى للقلق (٢).

6. Wolpe, J., & Lang, P.J. (1964). A Fear survey Schedule for use in behavior therapy. *Behavior Research and Therapy*, 2, 27-30.

٧- إبراهيم (عبد الستار)، البخيل (عبد العزيز بن عبد الله)، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣) تناول السلوكى لإضطرابات الطفولة والمسلمات الأساسية فى علاجها. مجلة علم النفس (مصر) ٦، (ص ص ١٦ - ٦).

٨- إبراهيم (عبد الستار)، البخيل (عبد العزيز بن عبد الله)، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣). موجتان من التطرد بحركة العلاج السلوكى. مجلة علم النفس (مصر) ٦، (ص ص ١٦ - ٢٦).

٩- إبراهيم (عبد الستار)، البخيل (عبد العزيز بن عبد الله)، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣). إجراءات العلاج السلوكى للطفل وخطوات تنفيذه. مجلة علم النفس (مصر) ٧، (ص ص ٦٠ - ٧٢).

فعالى والإضطراب النفسى. وثمة مجموعة من الصفات وجوانب من سلوك تبين خبرة علماء النفس والمعالجين النفسانيين أنها تنتشر بين أشخاص العصائيين، وتصف سلوكهم خلال تعرضهم للقلق وما يرتبط به إضطرابات أخرى نوضحها فيما يلى:-

### الجوانب الإنفعالية

١- الشخص العصائى من الناحية الوجدانية شخص تسهل إستثارته بالياً ، شخص يميل بشدة للإستجابة الإنفعالية للبيئة ، صحيح أن حال بالناس والأشياء شىء مرغوب وجزء من الطبيعة البشرية فنحن ونسر عندما تحقق هدفاً أو رغبة، ونخاف عندما يواجهنا خطر، ونشتمز، وننالم ونحس بالذنب، ونغضب، ونعجب ونحب، هذه كلها دلات محمودة ومرغوبة طالما أنها تصدر فى الوقت الملائم. لكن إنفعالات الشخص العصائى هى غير ذلك. أن ينشط الإنسان، ويعد نفسه لإمتحان شىء تتطلب الحياة الإيجابية، وتفرضه متطلبات التكيف الإنسانى قبل بتعقيداته وتغييراته. أما أن ننفل بصور تعطل إمكانياتنا الفعلية، ب أجهزتنا النفسية والعصبية بتوتر شديد لا يترك لنا طاقة لمواجهة الصعبة فهذه إستجابة عصابية تشيع لها الشخصية العصابية، تشيع له من إستجابات إنهزامية.

أما البرت اليس (Ellis) فهو يرى أن القلق هو هزيمة ذاتية، أى خبرة أو سلوك يهزم الإنسان من خلاله نفسه بنفسه. وهو بهذا يرى ولو بصورة غير مباشرة أن القلق يشترط وجود إستعداد ذاتى للهزيمة وللإنهيار (١٠٢). حتى الأدباء والفنانون إنتهبوا إلى هذا المصدر الذاتى للقلق، نجد جبران خليل جبران يقول: وإذا كان خوف تود أن تبدده، فإنه يتربع فى قلبك أنت، وليس زمامه فى يد من تخاف (٥)

وإذا كان وجود شخصية عصابية لازمة رئيسية من لوازم إثارة القلق وتطوره، فإن القلق يعتبر أيضاً سمة رئيسية تصاحب الإضطرابات العصابية حتى التى لا تبدو متسمة بالقلق بالضرورة. فنحن نعرف مثلاً أن هناك كثيراً من العصائيين يتحايلون على القلق والهروب منه، ويتظاهرون بالإبتسام والتفاؤل إلا أن سلوكهم أبعد ما يكون عن الصحة. من هؤلاء الأشخاص تلك الفئة التى نسميها بالعصاب الباسم أو الهستريا، ويسمون كذلك لأن الشخص يبدو أمام الآخرين أبعد الناس عن القلق والهموم، إلا أن سلوكه لا يمكن أن يكون مترناً أو ناضجاً على الإطلاق بسبب تصرفاتهم الزاعقة، وشكواهم الجسمية عندما تواجههم أزمة، وتشتجاتهم العصبية عندما يطلب منهم القيام ببعض الواجبات أو المسئوليات الإجتماعية، ومحاولتهم الدائبة للإستحواز على إهتمام الآخرين، والعطف والرعاية.

وإذا أردنا أن نعرف الشخصية العصابية فمن الأيسر أن ننظر إليها على أنها مفهوم يصف أنواعاً معينة من السلوك التى تصفها بالشئونة

إن السواء يتطلب أن تستغل إمكانياتنا على الإنفعال نحو إستجابات تكيفية تدفع للمزيد من التطور بإمكانياتنا على النجاح والتفوق لكن الشخصية العصابية تصبح ضحية لما يحكمها من إستثارة زائدة وعدم إستقرار. يرى بيك (Beck) (٦) أن من مأس الإضطراب النفسى هو تلك الإستجابات العصابية الحادة. ونرى من جانبنا (٧) - أن الأوصاف المتعددة التى يصف بها العصائيون أنفسهم مثل:

«أشعر أنتى لست أنا»

«أحس أنتى فى سجن»

«أشعر أنتى شخصية قبيحة»

«إننى معزق»

«إننى على حافة الجنون»

هذه الأوصاف التى تشيع بكثرة فى أحاديث العصائيين وأحكامهم على أنفسهم هى نتاج واضح لما تلعبه الإنفعالات الحادة فى حياة العصائيين.

وبالرغم من سيطرة الإنفعالات وشدتها، فإن الشخصية العصابية تستطيع أن تواصل العمل والنشاط والإنفعالات - وما تخلقه من قيود داخلية شديدة وصراعات لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم الشخص من

تجنب أحواله. فالشخص العصابى يحس بأنه تعيس، وأن تلقى له لوفى لا أساس لها، وأن أحزانه على ما فات قد إنتهت وولت. العصابى من ذلك ويصف نفسه أحياناً أنه يحتاج لمن يحميه من هذه المشاعر التى ترف به على حافة الجنون. وهو فى ذلك يختلف عن المجنون الحقيقى (هائى) الذى يعيش مع جنونه دون إدراك لخطأ فى التصرفات والسلوك.

٢- والشخص العصابى عادة ما يبنى خطة تكيفه للحياة على أساس تجنب والتجنب. فالمواقف التى تستثير إنفعالاته الشديدة غير المحتملة إلى أشياء كأنها غير موجودة بفعل التجنب. ولما كانت مصادر القلق فى حياة العصائيين متنوعة ومتشعبة. فإنهم يتحولون فى النهاية إلى أمثالات عاجزة إنسحابية، ويتقلص حياتهم إلى حلقات ضيقة. وقد إنتبه ريد « إلى هذه الحقيقة منذ فترة غير قصيرة فوصف حياة العصائيين بحياة تخلو من الإثارة وتمتلىء بالكف والقيود. وتبين البحوث (٨) أن حياة العصائيين تتحول نتيجة للهروب والإنسحاب إلى رهاب والإنفصال. والشخص المفترى عادة ما يتجه إلى تجنب المشاكل من مواجهتها. ولهذا يتحول المفترى إلى شخص يكفى بملاحظة الحياة من أن يساهم فيها بشكل نشط. وإذا كان العصابى يعتقد أنه يتجنبه لم قد ألقى هذا العالم فهو على خطأ، لأنه فى الحقيقة قد أبعد نفسه عن ألم وأغلق ذاته، وحرمها من إمكانيات التحدى والتطور والإعتراف نفسه.

والشخصية العصابية قد تبدو في الظاهر ومن وجهة نظر الآخرين شخصية هائلة سهلة، يعتمد عليها. وهذا صحيح، لأن كثيرا من العصبيين يانسحبهم عن العالم ويتوجههم لأنفسهم كمراقبين للعالم يتجنبون الصراع من أجل المادة أو المركز أو القوة، ويتجنبون أن يطلبوا من الآخرين اسداء خدمة، وأحيانا ما يرفضون حتى الخدمة إذا قدمت لهم لأنهم قد يحتاجوا لرد الجميل، والاعتراف بالعالم والدخول في علاقات اجتماعية نشطة

٢- والعصابى لا يحب أن يأخذ ولا يحب أن يعطى. ان متطلبات النضوج الإجتماعى تحتاج إلى توازن بين الأخذ والعطاء، وأن نعطي للآخرين باقتناع، وأن نتلقى منهم بون احساس بالغضب أو النقص. وقد تبدو رغبة العصابى فى العطاء على أنها شىء ايجابى ومحسود. والعطاء هو فعلا كذلك لكن رغبة العصابى فى العطاء أبعد ما تكون عن العطاء الناضج، لأن العصبيين يريدون فى أحيان كثيرة أن يشبوا للآخرين أنهم أفضل وأكثر قوة، وتأثيرا. والعطاء الناضج بالطبع لا يقتصر على العطاء المادى ويتجاوزة إلى العطاء من وقتك، ومشاعرك، واهتمامك بنمو الآخرين. وهناك من البحوث ما يثبت أن من العصبيين من يعجز عن إقامة علاقات اجتماعيا بغيره تقوم على الثقة المتبادلة والتفهم، ولهذا تضعف قدرتهم على الأخذ والعطاء بشكل عام<sup>(٩)</sup>.

٤- وإذا كان الإنسان العادى يستطيع أن يشكل سلوكه على حسب المواقف الإجتماعية التى يمر بها، وبالتالي يشكل قراراته على التعقيب المناسب عن المشاعر، ويطور مهاراته الإنفعالية تبعاً لذلك، فإن الشخص العصابية تجد صعوبة واضحة فى التعبير الحر عن الإنفعالات

الحرية الإنفعالية مطلب رئيسى من مطالب الصحة والفاعلية، وتتضمن التعبير الطليق عن المشاعر الايجابية والسلبية على السواء. ان كثيرا من العلاقات الإجتماعية تتطلب اتصالا ايجابيا نشطا بالآخرين، ولهذا فهى مطلب قدرا من تبادل مشاعر الود أحيانا، والغضب أحيانا أخرى، أو الضيق، أو الاعجاب. وتقل قدرة العصبيين على تبادل المشاعر بسبب تجزئهم عن التعبير الحر عن الإنفعالات وتأكيد الذات. ولهذا نجد أن عصابى يقمع رغبته فى التعبير عن مشاعره الحقيقية أمام الآخرين، ويكتم عارضته واختلافه، أو يرغم نفسه على قبول أشياء لا يحبها، أو يعجز عن التعبير عن الحب والاستمتاع بالأشخاص أو الأشياء التى يحبها. ولهذا فإن أشكال العلاقات الإجتماعية التى يأتى بها العصبيون تتوزع على قائمة طويلة تتراوح بين ذلك الذى يشكو من أنه يتحول إلى شخصية باهتة لا تحظى بحترام الآخرين، إلى ذلك الذى يتحول إلى العدوان الشديد والمشاكسة دائما من فقدان الهيبة والتقدير، أو ذلك الذى تتذبذب حياته بين قطبي خضوع والعدوانية.

٥- ويفتقد الشخص العصابى لغة الاتصال الإجتماعى السليم الآخرين. فى الاتصال الإجتماعى السليم يتبادل شخصان أو أكثر معلومات وأحاديث، أو مشاعر من شأنها أن تساعد على حل المشكلات وتخفيف الصراع بين الأطراف الداخلة فى عملية الاتصال. أنظر مثلا إلى أى علاقة اتصال اجتماعى كالاتصال الذى يتم بين الأب وأبنائه، أو الرئيس بمرؤسيه، أو الصديق بالصديق، أو الزوجة بالزوج.. فى كل هذه العلاقات قد تحدث خلافات أو صراعات، ويكون من شأن التفاعل السليم أن يؤدي إلى التخلص



من هذه الصراعات، وبالتالي إلى تعميق هذه العلاقات والانتقال بها إلى مستوى ايجابي أفضل. لكن انشغال العصبي بمشكلاته الداخلية، وسوء تأويله للخلافات عندما تحدث غالبا ما يؤدي إلى انقطاع الاتصال السليم بالآخرين. وهناك نظرية تثبت أن اضطرابات الاتصال لدى العصبيين تظهر مبكرا في علاقاتهم بالآخرين، ويتخذ ما يسمى بالرسائل المزدوجة. فمثلا يتصرف الزوج مع زوجته بطريقة معينة ولكنه يتوقع استجابة أخرى: يفضب عليها ويهرج مشاعرها ويلومها بعد ذلك لأنها اشتكت لوالديها متاعب حياتها الأسرية، والصديق الذي يكلف أصدقائه بعمل أشياء مستحيلة، فإذا عجزوا عن ذلك لامهم لضعف مشاعرهم، والأستاذ التحككي الذي يطلب من تلاميذه أن يفكروا بشكل مستقل وناقدا، فإذا انتقدوا عملا من أعماله أو استقلوا بعمل خاص بهم غضب وشعر بالاهانة من تصرفاتهم، والرئيس الذي يطلب من ممرضيه أن يساهموا معه في إيجاد الحلول واتخاذ القرارات الهامة لمصلحة العمل، فإذا فعلوا ذلك لامهم على تعديهم عليه وتخطيطهم للألوار المرسومة لهم، حتى بين الأطفال نجد أمثلة كثيرة تبين مدى التأثيرات التي يثيرها الطفل العصبي في علاقاته الاجتماعية مع أقرانه وأسرته. فالطفل الذي يتعالى على أصحابه ويعاملهم بجفوة إذا ما تودعوا إليه، ويغضب منهم ويخاصمهم إذا ما هجروه، والطفل الذي يعتدى على أخته الصغيرة بالضرب، فإذا تدخلت الأم لحمايتها فلأنها تحبها أكثر منه، والطفل الذي يبكي إذا حرمت، ويبكي إذا أعطيت له أقل أو غير ما كان يريد... كل هؤلاء الأطفال يمثلون نماذج جيدة لما نسميه بالسلوك العصبي عند الاتصال بالآخرين.

ولعل السمة المشتركة بين كل هذه الأمثلة هو أن الاتصال الاجتماعي في الحالات العصابية دائما ما ينتهي بوجود ضحية أو أكثر. فالشخص هنا

يتصرف بطريقة معينة ولكنه يتوقع استجابة مختلفة. وبهذا يحول الأطراف الأخرى التي تتفاعل معه إلى ضحايا محكوم عليهم بالفشل مهما كان قرارهم واختيارهم. لكن الشخص العصبي قد يتحول نفسه إلى أن يكون ضحية. ففي كثير من الأحيان نجد أن الناس يتعبد ويتجنب مثل هذا الشخص بسبب محاولاته الدائبة لوضعهم في مواقف مستمرة من التائب والدم مما تدفعهم لسلوك معه على نحو متناقض. وهنا تتطور وتتفجر المشاعر العصابية من قلق، واكتئاب، ومشاعر بالوحدة والعزلة، والخوف الاجتماعية، والتائب الذاتي وغيرها من المشاعر التي تبين أنها تشيع بكثرة بين العصبيين.

ويعتقد من جانبنا أن العصبي يعتبر بشكل ما ضحية لتصرفاته الاجتماعية الخاطئة وأن المشاعر العصابية التي تتملكه هي تجسيد قوى أنواع العقاب الخارجي التي تفرض عليه من جراء سلوكه العصبي مع الآخرين.

## أخطاء في التفكير العصابي

العصاب كاضطراب نفسي، لا يمكن عزله عن الطريقة التي يفكر بها الشخص، وعما يحمله عن نفسه وعن العالم من آراء ومعتقدات واتجاهات. وقد انتبه الفلاسفة والمفكرون منذ القدم إلى أن معتقداتنا تحكم سلوكنا، وأن التفكير في أمور الحياة بطريقة مبالغ فيها يصحبه الإضطراب والاستثارة، وأن التفكير في أمور الحياة بطريقة هادئة ومنمقة تصحبه حياة وجدانية

ويرجع الفضل لعدد من علماء النفس المعاصرين للتطور بهذه الفكرة الفلسفية وبإخصاها للمحكات التجريبية، بما أثبت أن استجاباتنا الإنفعالية بما فيها القلق العصبي تكون نتيجة للطريقة التي يفكر الشخص بها في نفسه وفي الآخرين، وليس بالضرورة لخصائص موجودة في الخارج. حتى الاستجابات العضوية يمكن أن تتغير بتغير اتجاه التفكير. فقد بينت التجارب الحديثة أن الجهاز العصبي يجنح للاستثارة الزائدة عندما كان يطلب من الأشخاص أن يفكروا في موضوعات ذات طابع مثير جنسياً، بينما يجنح للهوى والسكون إذا كانت هذه الموضوعات من النوع الساكن أو الحزين.

تثبت دراسة الشخصية العصابية أن الأشخاص الذين يميلون للقلق والاضطراب الإنفعالي عادة ما يتشبعون لاعتناق عدد من الأفكار اللامنطقية، هي التي تقود لأنواع القلق التي يعانون منها (١٠، ١١، ١٢، ١٣). وقد أوضحنا في كتاب سابق (١٤) عدداً من المعتقدات الفكرية الخاطئة التي ترتبط باضطرابات النفسية والعقلية، وأوضحنا أن الشخصية العصابية تتصرف بطريقة أقل مما تسمح به إمكانياتها. ولأن الشخص العصبي يتصرف بطريقة غير متعلقة، وغير واقعية فإنه يوقع - نتيجة لذلك - الهزيمة بنفسه عند تحقيق أهدافه بالرغم من قدراته المتعددة. وتوضح هذه الحالة نموذجاً طيباً لهذه الخاصية:

«فتاة في الثانية والعشرين من العمر في قسم اللغة الانجليزية بأحدى

الجامعات المصرية... كان سجلها الأكاديمي المتفوق وتشتتها في أسرة ذات درجة عالية من التفوق والنجاح الإجتماعي.. كان كل ذلك يوحي أنها ستواصل دراستها الطيا بنجاح وتفوق... فتقديراتها كانت دائماً في فئة الجيد جداً... وقد ساعدها على النجاح والتفوق سفرياتنا المتعددة إلى الخارج مع أسرته التي أتقنت خلالها اللغة الانجليزية حديثاً وكتابة، مما أضاف إلى سجل تفوقها في دراسة اللغة الانجليزية، وبالتالي كل التنبؤات التي نسجت حولها أنها ستكون ذات شأن في دراستها. ولكنها رفضت بعد إخراجها أن تواصل دراستها لأنها كما قالت تكره الأدب الانجليزي وتجده صعباً في دراسة موضوعاته، ورفضت أيضاً عملاً بدأته بأحدى الهيئات الأجنبية. وكان هذا العمل بكل المقاييس عملاً مرموقاً من الناحية المادية الإجتماعية. وقالت أنها تفضل أن تبقى في المنزل لاعانة أسرته.. التي لم تكن في واقع الأمر محتاجة للرعاية.

وقد كشفت محاولتنا لفهم الواقع المرتبطة بسلوكها.. أنها لم تكن في واقع الأمر تكره دراسة اللغة الانجليزية أو الدراسة، ولكنها كانت تخشى من فشلها في تحقيق الطموح المتصنف للبرين لاكمال دراستها العليا. بعبارة أخرى كانت تردد بينها وبين نفسها هذه الفكرة: ان والدي يريدان مني أن أكون قادرة دائماً على النجاح والتفوق، ولكنها ستكون كارثة لو أنني لم أثبت قدرتي على التحدي والمنافسة والتفوق في كل الجوانب الممكنة. ولم تكن على غير وعي بأهمية العمل الجديد.. ولكنها كانت تشعر - فيما عبرت عنها - أنها عندما تذهب إلى هناك في هذا الجو الأجبي المصطنع تشعر أنها بعيدة ومنبوذة ولا تتوافق جيداً مع زملائها وزميلاتها. لكن اجاباتها عن

استلقتنا بينت بأن هذا الشعور ما هو الا استمرار لاعتقادها الخاطيء "أن من المحتم أن يكون الإنسان مؤيدا ومحبوا من الجميع، وأن يؤيده ويقبله الجميع، وإذا لم يكن ذلك ممكنا فإنها ستكون كارثة ومصير الكل المنقصات" بعبارة أخرى لم يكن شعورها العصائى وسلوكها المتطرف الا حقيق نتيجة لأنها بالفعل منبوذة وانما لمبالفتها فى ادراك التقبل الإجتماعى من الآخرين، وما تضعه من "حتميات" وقيود على تصرفاتها وادراكاتها للآخرين. وهو ما أدى بعد ذلك إلى محاولة تجنب القلق بالهروب تعاما من المواقف التى تثيره.

لقد كانت هذه الفتاة فى حاجة إلى أن تعرف أن سلوكها الأحق أحيانا، ما هو الا نتيجة لمعتقدات غير عقلانية فى إمكانياتها وقدراتها وكانت تحتاج إلى أن تعرف أن رفضها للدراسة والعمل ما هو الا تعبير عن مخاوف لا منطقية تسند لها اعتقادات خاطئة. وكان يجب أن تشجع على مواجهة مخاوفها ومصابير هذا الخوف بدلا من الهروب والتجنب. ولو كانت تتلقى علاجاً نفسياً لكان من الضرورى أن تستبدل فكرتها أنها يجب أن تتجعب دائما وأن تكون قادرة على التحدى والمنافسة فى كل الظروف، بفكرة أخرى مقبولة وصحية كان تنظر للعمل والدراسة على أنها ليست مواقف منافسة بل هى مصادر للشباب النفسى وتحقيق الذات، والمتعة فى التمكن من أداء شئ باتقان. أما اعتقادها الآخر بأن من المحتم أن تكون محبوبة ومقبولة من جميع الزملاء والزميلات فيجب أن تستبدل باعتقاد أسلم لصحتها النفسية والعقلية كأن تؤكد على احترام الذات بالإضافة «الحب» أو تقديم الحب بدلا من «توقع الحب»، واتخاذ رؤيا ايجابية للعلاقات الإجتماعية فى ميدان العمل تمكنها من التفاعل بالزملاء والزميلات بقدر

يقول ومرتبطة بأهداف عملية محددة (إنجاز العمل، الترقية، تحسين بعض الخدمات - الخ). كانت تحتاج ببساطة لمعرفة الأفكار اللاعقلانية التى تحكم سلوكها وتصرفاتها، وأن تحددها تحديداً دقيقاً، ثم أن تعمل على مواجهتها بنيتها بعد ذلك وبصورة دائمة تمكنها بعد ذلك من التطور بسلوكها إلى صحة والفاعلية والمواجهة بدلا من القلق، والهروب، وتجنب الفشل

والمبالغة خاصة أخرى تميز تفكير العصائين، وتظهر المبالغة فى صفاء دلالات خيالى فيها عند التعامل (أو الاقبال على التعامل) مع العالم أو واقع، وذلك كتصور الخطر والهمار. ومن الثابت أن المبالغة فى ادراك العالم منور أنه ملىء بالخطر يميز الأشخاص المصابين بالذات بحالات القلق. لشخص القلق يتوقع دائما الشر لنفسه ولأسرته، أو لممتلكاته، ويتوقع أن قد مركزه أو وظيفته أو الأشخاص المهمين فى حياته. وشخص القلق تلغ فى تصور خبرات قد تكون محايدة فى علاقاته بأصدقائه، أو أقاربه، أو أصدقائه، أو أسرته. فتأخر الأطفال فى المدرسة قد يفسر على أن خطرا قد وقع بهم، ومرض أحد أفراد الأسرة قد يعنى أن هذا الشخص سيوشك على الموت، وحديث ايجابى (من قبل الزوجة أو الزوج) عن شخص آخر قد يعنى كراهية لنا أو تحقير، وتجاهل الآخرين لنا (ولو كان غير مقصود) وعدم تبادلنا التحية، يعنى احتقارنا لنا، أو مؤامرة تحاك ضدنا، وألم فى الصدر ونوبة برد مفاجئة قد تفسر على أنها مرض خطير أو أزمة قلبية.

فضلا عن المبالغة هناك التعميم من الجزء إلى الكل. ويعتبر التعميم المتصنف من حادث جزئية إلى حوادث أخرى من الأخطار الفكرية التى تبين أنها تلعب دورا حاسما فى حالات العصاب. فإذا فشل العصائى فى تحقيق

هدف ولوصغير فإن هذا قد يعنى لديه : "أننى انسان فاشل لا يحسن التصرف" ويعد صديق أو رفيق عنه قد يعنى " :أنه لا توجد صداقة وأن العلاقات الإنسانية مزيفة" ويعتبر التعميم الخاطيء أيضا من العوامل الحاسمة فى اكتساب المخاوف المرضية بأشكالها المختلفة. اكتساب الخوف من حيوان معين، أو حشرة يتعمم بعد ذلك على كل الحيوانات أو الحشرات المماثلة، وعلى الأماكن المختلفة التى تشابه الأماكن التى حدثت فيها هذه الخبرة المخيفة. وقد بين «واطسون» فى تجربة رائدة له (١٥) أن تعريض الطفل لتجربة مخيفة مع فأر، بدأ يتعمم على كل الأشكال ذات الفراء المشابهة له كالآرانب، والكلاب، حتى المعاطف الفرائية، واللعب الفرائية تحولت إلى مصدر للخوف والرعب.

**المبالغة والتعميم** لو أنهما لازمتان من لوازم الشخصية العصابية الا أنهما لا يكفيان للوصف الكامل للتفكير العصابى. فلا بد أن يوجد معهما ما يسمى بالتوقعات السلبية السيئة. ويدون وجود توقعات سلبية يصعب وصف الشخصية بالقلق أو الإكتئاب فأنت قد تجد شخصا يميل للتعميم والتطرف لكن توقعاته تميل للتفاؤل والإيجابية. وهنا يصعب علينا أن نصفه بالقلق والعصابية. قد نصفه بالتفاؤل أو السذاجة لكن ليس بالقلق والتوجس. فالحكم على الشخصية بالقلق أو العصابية يحتاج إلى التعرف على طبيعة التوقعات التى ينسجها الشخص.

وقد بين Beck (١٦) أن التوقعات التى يتبناها العصابيون تميل إلى السلبية والتهديد. ويصف « البرت أليس » (١٧) التفكير العصابى بأنه تفكير «كوارثى» catastrophic أى أنه يرى ويتوقع المصائب والكوارث وأمسأ الأمور حتى وإن كانت الحادثة أو الخبرة التى تثير هذه التوقعات ليست

ورة على هذا القدر السيء. وقد رأينا نموذجا لهذا فى حالة الفتاة نضت عملها ودراساتها خوفا من الفشل المتوقع واحساسها بمصيبة فشل وخيبة الأمل.

بالإضافة لهذا تميزت اتجاهات العصائيين نحو أنفسهم ونحو الآخرين من الخصائص الفكرية والتى منها:-

(١) **الميل إلى ادانة الآخرين ولومهم** عندما لا تسيير الأمور بالشكل الذى يجب أن تسيير فيها. فالعصابى يفسر تأخره عن المواعيد الهامة ويرده إلى الزحام وسوء المواصلات، وإذا حدث وأن أصاب نفسه أو تعرض لحادثة أو جرح فإن انشغاله بالأولاد هو السبب. وقد عرفت زميلا كان يعزو كل فشل يمر به إلى عدم تعاون أصدقائه وأصحابه معه. والطفل العصابى يتهم والديه بعدم الحب كلما بدأ أنهم يلومونه أو يوجهون له النصح. وهناك من الأمهات من توجه اللوم إلى زوجها وأطفالها عندما تحبط رغبتها أو آمالها فى التقدم والارتقاء. والطالب الذى يعزو فشله لتعنت أساتذته وعدم رافتهم وتغييرهم لظروفه الخاصة.

(٢) **أخطاء الحكم والاستنتاج** : فى الكثير من حالات القلق يكون الإضطراب ناتجا عن خطأ فى تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة، أو نتيجة لوجود سياق مختلف. فالشخص العصابى الذى قد يعزف عن التقدم لعمل جديد ومناسب لأنه قد رفض فى عمل سابق يقوم بعملية استنتاج خاطئة عندما يرى أن امكانياته ومواهبه لا تتناسب مع العمل الجديد. والطالب الذى ينهره أستاذه بسبب سوء التصرف فيعزف عن الدراسة والتكرس

عباط، والاحساس بالفشل، وخيبات الأمل ولما كان الكمال تصورا مثاليا  
يحدث في الواقع، فإن الآثار التي تصيب العصبي نتيجة لرغباته  
عصبية في الكمال تكون وخيمة، وتتميز بكثير من حالات الإكتئاب،  
بحال التدريجي عن الآخرين وطرح المسؤولية على الناس وعلى أفراد

يقوم بعملية استنتاج خاطئة إذا كان السبب في عزوفه عن  
الدراسة نابعا من فكرته عن نفسه بأنه غير محبوب من أساتذته.  
والفئة التي تعزف عن الزواج بعد أن هجرها خطيبها تقوم  
بعملية استنتاج عصبية خاطئة إذا كان عزوفها عن الزواج يرتكز  
على فكرة متطرفة عن «خائنات الرجال وجبنهم».

ولا يطور الشخص العصبي امكانياته ومواهبه وينميها على نحو  
منظم يمنح حياته شيئا من الاستقرار. بل ينحدر بدلا من ذلك إلى التطور  
بنفسه بطريقة تخلو من الاتساق وعدم الانتظام، فتتأرجح حياته بشدة بين  
صورته المثالية عن نفسه وامكانياته، وواقعه الحقيقي وامكانياته الفعلية. ولا  
يقبل بطل وسط أو بالاعتدال فهو ببساطة اما شخص مثالي كامل أو لا  
شيء. ان الشخص العصبي فيما يرى جرينبرج (١٨) لا يستطيع ببساطة  
أن يكون مجرد انسان عادي أو قاضل، بل يجب أن يكون بين الأفاضل  
قبيسا. ولا يستطيع أن يحتمل مراقف المنافسة الصحية مع الآخرين لتحقيق  
ما يريده، لأن ما يريده في الحقيقة هو أن يتفوق على الجميع وأن يهزم  
الجميع في كل الأشياء. العمل الممتاز بالنسبة له لا يكفي، لأن أي عمل يعمله  
يجب أن يكون كمالاته ونجاحا مطلقا. وهو لا يطلب الكمال من نفسه، بل  
يطلبه من كل الآخرين الذين يمكنهم به من أفراد الأسرة أو زملاء  
والأصدقاء.

ولهذا تبين بحوثنا أن العصبيين أميل إلى التطرف في الأحكام  
والتصرفات من العاديين. فالأشياء إما بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة،  
خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة. ولما كان الواقع مختلفا عن التصورات  
المثالية الكاملة التي يتبناها العصبيون عن العالم فإن حياتهم تمتلئ

## النصوري في أساليب التفاعل الإجتماعي والافتقار لمهارات الإجتماعية

تتخذ الشخصية العصابية أنماطا مختلفة من حيث أساليب التفاعل الإجتماعي مع الآخرين، فمن العصبيين من يجنح للعداوة والكراهية، ومنهم من يتجه بدلا من ذلك إلى الخضوع والانصياع، ومنهم من يتجنب كلا السبيلين باتخاذ أسلوب اللامبالاة والانفصال.. ولهذا فمن الأفضل أن نحدد هذه الأنماط وفق الأنواع الآتية:

النمط العصبي - الانصياعي conformist أشخاص هذا النمط يحتاجون دائما إلى التأييد ومعاودة الآخرين، والشخص الانصياعي عادة ما يثق في الكثير من الناس بسرعة وبدون اختبار لنواياهم.. ولهذا فقد يتحول أحيانا إلى ضحية وموضوعا لاستغلال البعض وتحكماتهم. وقد يترجم البعض نتيجة لهذا أن الانصياعي انسان يحب كل شخص يراه وكل شخص لم يراه، لكن حب الانصياعي في حقيقة الأمر حب لا يتركز على مفهوم واضح لمعنى الحب بل ما يحكم سلوكه هو حاجته الشديدة لأن يكون مقبولا من الجميع ومؤيدا من الجميع. ومن الصحيح أن العصبي- الانصياعي قد يبدأ وتسكن نفسه عندما يعبر له البعض عن الحب والتقبل، لكن حاجته العصابية للحب لا تزول، ومجهوداته المضنية في البحث عن الآخرين لا تتوقف.

ولأن العصبي- الانصياعي يجعل غايته الكبرى في ارضاء الآخرين واكتساب حبهم فإنه يخاف العدوان ويهرب من المنافسة، ويصعب عليه أن يختلف أو يدافع عن أفكار متعارضة مع ما يريده الآخرون، ولهذا فإنه يتحول إلى شخصية باهتة لا يعمل لها كثير من الحساب.

الاختلاف السليم مع الآخرين مطلب من مطالب التوافق ويؤدي إلى أفضل جيد، وفهم أفضل، واحترام متبادل. لكن الشخص الانصياعي عادة ما يخشى بكل ذلك لأنه يخشى الاختلاف ويخشى المعارضة. ومن المؤكد أن كثيرا من المشكلات التي يتعرض لها العصبيون الانصياعيون في مجالات العمل والأسرة تكون نتيجة لذلك. فلأن النجاح في العمل يحتاج درجة من العدوانية وتأكيد الذات والمعارضة، فإن العصبي الانصياعي لا يوفق في عمله بالشكل الذي يتناسب مع مجهوداته وأدائه. ويصعب عليه أن يتل موقعا قايما لأنه بدلا من أن يتجه للمبادرة ينتظر من الآخرين توجيهه، واعطائه الاذن قبل أن يبدأ عملا أو يتخذ قرارا. وأنت ان شئت فقل على هذا النوع فستجدها ان أمعنت النظر في كثير من النماذج الشخصية المحيطة بك. ستجدها في الموظف البيروقراطي الذي يخشى أن يحل نفسه بأداء عمله دون أن يتأكد مرارا ومرارا من أن رئيسه يتفق معه في حق على أي عمل يعمل. وتجدها في الشخص الذي يحاول أن يوفق ما بين الآراء المتعارضة ولا تعرف أين رأيها لأنه يخشى ان عبر عن رأيها قد يخسر أحد الطرفين. وتجدها أمثلة على هذا النوع في الشخص الذي يوفق في الحديث عن الحب والمودة اذا بدأ أن خلافا سينشب بينه وبين الآخرين، أو اذا أراد أن يحل خلافا بين شخصين متعارضين. والشخص

الذي يبحث دائما عن شخص قوى يحميه، ويتحول إلى تابع له يردد آرائه وأفكاره يعتبر أيضا نموذجا طيبا للعصاب الانصياعي. ويحسن أن نميز بين الموافقة مع الآخرين كاستلوب اجتماعي ناجح وبين الانصياع العصابي. ففي كثير من الأحيان تتطلب الحكمة أن نوافق على بعض الآراء المعارضة، طالما أن هذه الموافقة عادة ما تكون مرتبطة بأهداف أبعد (كالوصول على ترقية مثلا، أو اعتراف بقيمة عمل، وتجنب صراع غير ضروري)، وعادة ما تكون موقفية. لكن الانصياع العصابي عادة ما يكون نتيجة لعوامل ودوافع شخصية، أي كتعبير عن العجز الشخصي في اتخاذ مواقف معارضة، وعادة ما يكون دائما، كسمة عامة ودائمة في الشخصية وغير مرتبطة بمواقف محددة.

#### العصابي - العدائي Hostile

إذا كانت المعارضة مطلبا صحيا فإن العدوان لا يعتبر مرافقا دقيقا للمعارضة. فالمعارضة والاختلاف مع الآخرين شيان تفرضهما ضرورات الاتصال الاجتماعي السليم وتحقيق الأهداف الشخصية في النمو والنجاح. أما العدوان - إذا تحول إلى سمة شخصية دائمة - فإنه عادة ما يؤدي إلى عكس ذلك تماما: أي إلى تعطيل الاتصال الاجتماعي وبالتالي عرقلة الأهداف الشخصية في النجاح والتقدم. وهذا عين ما يشيع بين أشخاص هذا النمط العصابي، العدائي. فالشخص العدائي يجد في هزيمة الآخرين وتحديهم ومعارضتهم اشباعا وتأكيدا لقوته وسلطته. ولهذا فهو يشعر بالزهو وبالراحة النفسية كلما تحول من نصر إلى آخر. ولأن شعوره بالزهو

الانتصار يتوقف على اتباع الأذى وعلى تألم الآخرين، فإن معاركة مع الناس لا تنفع. فهو شخص "مشاغب" بالمعنى الدقيق للكلمة لأن معاركة متعددة وأمدائه من هذه الممارك غير واضحة.

وبالرغم من ذلك فإن الظاهر بين العصابي - العدائي والعصابي - الانصياعي فإنهما يتشابهان من حيث أن كليهما يدرك الناس من خلال احتياجاتهما الشخصية. فالانصياعي يدرك الناس من خلال حاجته للتأييد للمساعدة، أما العدواني فيدرك الناس من خلال حاجته للمنافسة من أجل منافسة والتحدى من أجل التحدي.

والعدواني لا يثق في الناس ويفسر تصرفاتهم على نحو يثير شعوره بالتهديد والخوف. والنمط العدائي يتجه - نتيجة لخوفه من التهديد - إلى هجوم المبكر إذا ما أحس بأي علامات لذلك. ولأن تفسير العدواني للمواقف المختلفة دائما ما يتسم بالتهديد والصراع، فإنه يفسر كثيرا من الأشياء المحايدة كاختلاف الآخرين معه على أنه هجوم شخصي عليه، ولهذا فهو مهاجم وبعادي حتى الأشخاص الذين لا تكون في نواياهم معاداته أي لهجوم عليه. وخصومه لهذا كثيرون، ويصعب حتى على المقربين منه (كالزوجة أو الأولاد) أن يرتبطوا به ارتباطا انفعاليا دافئا.

والحياة الاجتماعية للعصائبيين - العدائين حياة اجتماعية ضيقة، يصعب عليهم تكوين علاقات دافئة وتغلب عليهم الوحدة والانعزال، وقد يحدث أحيانا بسبب قوتهم الشديدة وتأكيدهم الدائم لتفوقهم وتعاليمهم أن يجنوا بعض المعجبين، لكن الغالبية العظمى من الناس تتجنب هذا النمط

وتحاشاء. ولهذا تنتهى حياتهم بالعزلة الكاملة، الا اذا استطاعوا التعديل من أنماط سلوكهم ونجحوا فى التغلب على مشكلاتهم الإنفعالية التى تسم تصرفاتهم بالاعتداء والمواجهة الصارخة.

ونجد أمثلة متعددة لهذا النمط فى شخصية مدير العمل الذى يسعى ويعنف على من حوله خشية من أن يهتز مركزه، والاستاذ الذى يتخذ من سلطته العلمية أداة للسيطرة والتحكم فى تلاميذه، والجارة التى تنتقل من معركة إلى أخرى مع جاراتها، والاب الذى يتخذ من نوره الابوى أداة لقمع حرية أبنائه وسلوكهم.

## ثلاثة محاور سلوكية فى علاج القلق والتخلص من الأزمات

هدفنا هنا هو أن نعرض للقارئ العربى منهجنا الرئيسى فى علاج النفسى للقلق. وهو منهج تطورت خطوطه العريضة من خلال سنوات من البحث والممارسة فيما يسمى بالعلاج السلوكى الذى نعتبره بمثابة الثورة المعاصرة التى قدمها علم النفس خلال السنوات العشرين الأخيرة من حياة العلاج النفسى وتطوره. وسنحاول هنا أن نعرض للجوانب الرئيسية التى يجب أن يتجه لها العلاج النفسى بصورة تمكن القارئ العام من ممارستها اذا ما استطاع أن يبذل الجهد فى مزيد من القراءات الملائمة، أو الاستشارات النفسية الموجهة. (٢١، ٢٠، ١٩)

منهجنا فى العلاج النفسى للقلق يتماثل من حيث تنوع أبعاده مع نفس نظرتنا وتحليلنا للسلوك العصائى. فالقلق يرتكز - فى وجهة نظرنا على

على المحاور العصائية، فهناك أولاً: التغيرات الإنفعالية غير السارة التى تصحبه والتى تأخذ أحياناً شكل تغيرات عضوية خارجية أو داخلية يسهل بالتغيرات التى تصيبنا فى حالات الخوف كتسارع دقات القلب، انقباض المعدة، وصعوبات التنفس، وتوتر عضلات الوجه، تصلب عضلات الظهر، وازدياد "اللازمات" الحركية فى الوجه أو اليدين .. الخ. هناك ثانياً: الجوانب اللاهنية والفكرية أى مجموعة الأفكار والحجج والمعتقدات التى يخاطب الشخص بها نفسه خلال اختبارها للمواقف التى يواجهها الشخص. وتتسم معتقدات الشخص فى حالات القلق بالمبالغة، ذلك مخاطر لا أساس لها مما أدى إلى جمهور المعالجين النفسىين يصفون فكر الشخص فى حالات القلق باللامنطقية واللاعقلانية. وهناك ثالثاً: القصور فى السلوك الإجتماعى الذى يصف الشخص القلق فى حياته اليومية كالخجل، والانعزالية، والتردد، وتجنب الآخرين.

لأن هذه المحاور تتفق فيما بينهما فى إبراز القلق وتعميقه، وتطويره شخصياً حتى يتحول إلى سمة دائمة فيها، فإن المواجهة الناجحة للنفسى والعلاج الفعال للقلق يجب فى تصورنا أن تجسد هذه الرؤية فى فتحة جهودنا نحو مواجهة كل جانب من هذه الجوانب الأربعة معاً وحدة. وفى بعض الحالات الفردية من القلق تسيطر أحد هذه الأبعاد أكثر من الأخرى - فقد تكون مثلاً بعض المواقف الخارجية شديدة والامتحان - بصورة تؤدى تلقائياً إلى إثارة الإضطرابات فى المناطق التى من الشخصية: الإنفعالية واللاهنية والإجتماعية.. فى مثل حالات يجب بالطبع توجيه جهد أكبر لعلاج الجانب المضطرب قبل



انتب الأمر. فالتحليل الطبي بالعقاقير مثلا يكتسب أهمية خاصة عندما  
تتطلب الاضطراب مرتبطة بزيادة النشاطات الاستتارية الانفعالية في  
هناك العصبي. ومن ثم يمكن البدء بالعقاقير المهدئة لتخفيف الحيز  
عصبى غامرة، حتى تتاح لنا فرصة الانتباه للجوانب الأخلاقية  
الخاصة بها فيها تدريب الشخص على السلوك الاجتماعي المرن والعدل،  
ويده تدريجيا على غلب انفعالاته وقدراته على تحمل الصعاب.

خلاصة القول ان الله اذا كان انشغى يعبر عن نفسه بلغات كثيرة  
تعدده، فان من المنطقي أن يكون العلاج النفسي الفعال هو ذلك الذي  
تطوع أن يخاطب هذه الجوانب الأربعة بالتعديل والتغيير، مما ستعرضه  
وسائل فنية لعلاج هذه الجوانب يمثل مجموعة من المناهج الحديثة التي  
سم بالفاعلية والنجاح وتمثل في مجموعها منهجا أثيرا لدينا في علاج  
تير من حالات القلق والتوتر النفسي. وهو منهج يمكن وصفه بأنه علاج  
بعد الأبعاد والمحاور لأن بنيته الأساسية هي علاج الاضطرابات النفسية  
جوانبها الاجتماعية، والانفعالية، والسلوكية ومصادر التهديد الخارجية  
نسقة.

واجهه مواقف التهديد :

من المعروف أن نسبة كبيرة من الناس تسيرو مع القول الفاشي ما  
يك منه الريح سده واستريح» وجرى مع هذا القول يستجيب الناس لالاق  
حاولات انسحابية وهربية وذلك يتجنب المواقف التي يدركونها على أنها  
صدر للقلق والانهزام. ويرتكب الناس بهذا السلوك «التجنبى» الهادى

أكبراً من حيث لغة الصحة النفسية. فهناك ما يشير إلى أن الهروب من  
كلمات يبعد الشخص عن البحث النشط للتعامل الايجابية والفعالة، وهناك  
ما يشير إلى أن تجنب المواقف التي تثير القلق - يضيق تدريجيا من  
الشخص في النمو، ويؤدى في النهاية إلى نتيجة معاكسة من حيث  
الاضطراب الانفعالى والتوتر. بعبارة أخرى فان حل المشكلات  
هروب منها بدلا من مواجهتها لا يكون علاجا الا في المواقف التي يصعب  
تعرض الشخص لها وهي نادرة للغاية. ولهذا يعتبر ما يسمى بطريقة  
«ويد» التي واجت حديثا ميدان العلاج النفسى السلوكى من أنجح  
الأساليب العلاجية للقلق. ويستخدم هذا الأسلوب لتشجيع  
المرضى على مواجهة مواقف القلق إلى أن تتحدد مشاعر المريض نحو هذه  
المواقف وتتناقص استجاباته الانفعالية المتطرفة نحوها.

ويتم أسلوب التعويد Habituation باستخدام المنهج التدريجى.  
العلاج التدريجى فيما شرحنا من خلال تعرض الشخص تدريجيا،  
خطوة للمواقف التي تتركها على أنها مثيرة للقلق والخوف ومن  
«ولبي» Wolpe (٢٢) الطبيب النفسى المعروف أن التعرض  
تدريجى للمواقف المثيرة للقلق - اذا ما استخدم مع أساليب أخرى  
مترخاء العضلى - من شأنه أن يؤدى إلى تبدد القلق واختفاء الكثير من  
مواقف اللامنتظية من مواقف الحياة المختلفة. وقد أثبت «لازاروس»  
مساهم مع «ولبي» في كتاباته المبكرة ثم انشغى عليه فيما بعد - أن  
تعرض التدريجى وحده كفىل بأن يؤدى إلى نتائج علاجية ناجحة. وقد  
في حديثا أن استخدم الأسلوب بنجاح مع محاضرات شاب باهدى

الجامعات العربية - اثر عودته من الخارج - للتغلب على القلق الشديد الذي كان ينتابه قبل الدخول لمحاضراته. وقد اعتمدت خطتنا في ذلك على تعريفه بقواعد هذا المنهج ووضع قائمة متدرجة بالمواقف المثيرة لقلقه بدءاً بأقلها اثاراً للتهديد (أ. سبوع قبل الدخول للمحاضرة) حتى أشدها ارتباطاً بالقلق (الدخول للقاعة وتحية الطلاب وبدء الحديث عن موضوع المحاضرة). لقد أمكننا بتدريسه تدريجياً على أداء كل موقف بثقة إلى التقليل من توتراته الهائجة وتحبيد انفعالاته نحو هذه المواقف خطوة خطوة. وجاء بعد ذلك تدريسه المستمر على الاستعداد للمحاضرات والمواقف الاجتماعية الماثلة بما في ذلك النقاط التي سيتعرض لها وحتى الأسئلة أو التعليقات المرحلة التي سيملأها الشغرات بين النقاط العريضة للمحاضرة، وجاء بعد ذلك جلسات لمعبر عن مدى سروره لأول مرة في حياته - بعد الدخول للمحاضرة والاستئناس بطلابه وتكوين علاقات اجتماعية سهلة بهم.

ويفضل ستامفل (٢٣) Stampfle أن يكون التعرض لمصادر التوتر كلياً ومرتبطة بكل الثورات الإنفعالية المصاحبة لها. ويستخدم بهذا الصدد أسلوباً معروفاً يطلق عليه الغمر الإنفعالي Flooding أو التفجير العلاجي Implosive therapy. وبالرغم من أن منهجه يبدو للوهلة الأولى مخالفاً لقواعد التعرض التدريجي، فإنه يقوم على نفس البديهة التي تحبذ المواجهة بدلاً من التجنب وتتلخص هذه الطريقة في تشجيع المريض على تخيل الموقف المهدد في أقصى صورته الممكنة لأطول فترة. وبشبه "ستامفل" أن التعرض المباشر لمواقف القلق لفترات طويلة بإعمال الخيال والتصوير الذهني الحى - من شأنه أن يؤدي إلى التخفيف تدريجياً من القلق المصاحب لهذه المواقف

أن يتلاشى تماماً. إلا أن أيزنك (٢٤) - من بريطانيا - يثبت أن التعرض واقف المهددة في كينيتها يؤدي بالفعل إلى التخفيف من القلق إذا استمر التعرض لفترات طويلة. لكنه قد يؤدي إلى نتائج عكسية إذا تم لفترات مبررة ومفاجئة. ولهذا - وباتكيدا لنظرية أيزنك - نجد أن العصائيين (الذين هم حياتهم بالقلق الدائم غالباً ما يتجنبون اللقاءات العارضة المفاجئة مع ما تشير له لديهم من توترات عنيفة، ولكنهم يقدرون على مواجهة هذه القلق إذا ما أتت لهم فرصة كافية من الاستعداد والتعبير.

وكلا الطريقتان - التدريجية والكلية - تهدفان - على أية حال إلى جلب على مصادر التوترات الخارجية بالتقليل من القلق والصراعات المصاحبة لها. إلا أن التعرض التدريجي - فيما تبين خبرتنا الاكاديمية - يعطي ذا فاعلية أكثر عندما تكون مصادر القلق معروفة وعندما تكون الحاجة لها حادة وتصل لما يسمى بالفزع. في مثل هذه المواقف تصعب المواجهة بالغمر الإنفعالي، ونجد أن المرضى أنفسهم يقارمون ذلك المنهج إلا أن بإمكان استخدام بعض المهندسات الطبية كتعميد للدخول في العلاج. على أن قوائد العلاج بالغمر تكون علمية خاصة في الحالات التي فيها القلق إلى طقوس وأفعال قهرية أي ما يسمى بلغة علماء النفس في حالات عصاب الوسواس القهري (اللازم الحركية والرعشات الحركية). النظافة المبالغ فيها - الخ). ولهذا تستلزم هذا المنهج في علاج القلق القهري. الرعشات اللاارادية في اليدين أو مناطق الوجه، قضم الحصى، طقطقة الأصابع - الخ في مثل هذه الحالات وعندما تفسل حالات الضبط المتعمدة، يجب تشجيع الشخص على اثاره هذه الجوانب

من السلوك بدلا من محاولة تجنبها وأن يطلب منه أن يستمر في ممارستها  
أراديا لفترات طويلة يوميا .. (مثلا عشر مرات أو أكثر في اليوم لمدة ١٥  
دقيقة). لقد تمكنا باستخدام الأسلوب من مساعدة أحد المرضى على  
التخلص من ارتعاشات غير ارادية محيطية بمنطقة العين اليمنى خاصة في  
مواقف التوتر الإجتماعي. لقد طلبنا منه أن يمارس عمدا هذه الارتعاشات  
في منزله لمدة عشر مرات يوميا تستغرق كل منها ١٥ دقيقة يقوم خلالها  
بإثارة هذه الارتعاشات بأكبر قدر ممكن. وقد كانت بعشته بالغة عندما  
لاحظ وجود تناقص ملحوظ بعد يومين فقط من العلاج، إلى أن اختفت هذه  
الحركات القهرية تماما بنهاية الأسبوع الثاني.

عندما يكون القلق تعبيرا عن حدة الانفعالات والتوتر والاستثارة :

وعندما يكون القلق هو التعبير المباشر عن الإنفعال الشديد، والتوتر  
العضلي ووراثية جهاز عصبي سريع الاستشارة (المحور الإنفعالي)، فإن  
العلاج الطبي باستخدام العقاقير المهدئة يعتبر من أكثر أشكال العلاج  
وأكثرها انتشارا على الإطلاق. فمن شأن بعض الأدوية المهدئة أن تساعد  
بالفعل على تهدئة ثورة الإنفعالات الداخلية. لكن العلاج بالعقاقير ليس علاجاً  
نفسياً، ومن المعروف أن هناك آثار جانبية سيئة له كالإدمان أو الإفراط  
يمكن أن تتطور لدى المريض خاصة إذا لم يكن تحت إشراف طبي مباشر،  
فضلا عن هذا فإن من المعروف أن حالات القلق قد تعود حالما يتوقف  
الشخص عن التعامل، ولهذا هاننا نجد - من جانبنا أن بالامكان مواجهة

ثائب الإنفعالي من القلق بمناهج سلوكية من أبرزها ما يسمى بمنهج  
استرخاء (الفصل الخامس). لكننا نؤكد هنا أن الاسترخاء العضلي  
نقطة منظمة عضلة عضلة أصبح الآن منهجها أثيرا للتغلب على التوترات  
سلبية المصاحبة للقلق. ان هناك الكثير من الأعراض البنيوية المصاحبة  
أصبح الآن ممكنا علاجها بهذا المنهج بما فيها الصداع، وآلام الظهر  
تشنج القلق، وارتفاع ضغط الدم، وآلام الساقين والذراعين وغيرها من  
ألمى الدالة على التوتر العضلي والنشاط العضوي المفرط لهذا نجد  
أن مجرد الاسترخاء العادي بالرقاد على أريكة أو الجلوس في مكان  
هادئ قليل الإضاءة والضجيج من شأنه أن يؤدي إلى تغييرات  
في لحظة.

وفضلا عما للاسترخاء من آثار انفعالية مهدئة بشكل عام فإنه  
هم بمصاحبة العلاج التدرجي للتغلب على ما تسببه المواقف الخارجية  
توترات وصراع. وهناك ما يؤكد فاعلية هذا المنهج في علاج حالات القلق  
سواء كالفزع السريع، وضعف الانتصاب عند الذكور وذلك بارشاء  
أراء السفلى من الجسم والساقين في المواقف الأولى السابقة على  
الجنسي.

أخطاء التفكير وتشجيع العقلانية :

لكن التوترات النفسية والقلق لا يمكن عزلهما عن الطريقة التي يفكر  
شخص وعما يحمله عن نفسه وعن المواقف التي يتفاعل معها من  
معتقدات. ولهذا نجد أن "أليس(٢٥) Ellis " و"بيك(٢٦) Beck "

(٢) القاعدة الثالثة هي أن تقل لنفسك بأن التخلّص من كل المشاعر المكثرة والتوترات المرتبطة بالقلق تماماً أمر صعب، إذ لا بد أن تقبل بعض جوانب التوتر مؤقتاً.

وسمة طرق أخرى لمواجهة أخطاء التفكير وتعديل الاتجاهات الانهزامية نحو النفس بين القلقين. فالجوار المنطقي العاقل مع النفس، وبحض الأفكار الخاطئة التي تثير المخاوف والإكتئاب، وتحصيل معلومات دقيقة عن مواقف التي نعتقد أنها مهددة، وتجنب التفسير السلبي للمشاعر التي نملها الآخرون عنك، وتعويد النفس على التفكير في نقاط القوة عند تصدى لحل المشكلات الاجتماعية والعاطفية كل ذلك ينطوي بون شك على ثنائيات هائلة في تعديل الإضطراب النفسي والقلق.

ويجب النفس على الحرية والتلقائية الاجتماعية :

أما من حيث الجانب الاجتماعي، فمن المعروف أن السلوك الاجتماعي يخص القلق يتسم بخصائص تذبذب بين أقطاب متعارضة كالإنصياح بعيد، والعنوان، والجل، والانفعال، التحدي أو تجنب المشاكل والهروب لها. وقد بينا في إحدى الفصول السابقة عن العلاج السلوكي أن هذه أائب بالرغم من التناقض الظاهر بينها يمكن فهمها في ضوء ما يتسم سلوك العصائين من قيود انفعالية تكبل تلقائيه الشخص وحرية في تجابة للمواقف المتعارضة.

ونجد في الوقت الحالي - أداة قوية تثبت أن قيام الشخص القلق بمر عن مشاعره بحرية من خلال التصرفات السلوكية والاجتماعية

الأمريكيين يشيران بوضوح إلى أن القلق العصائى يعتبر نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص في نفسه وفي الخارج وليس بالضرورة لخصائص خارجية مهددة، لقد أطلقنا على هذا الجانب من القلق: المورد الذهني وهو محور يحظى باهتمامنا خاصة عندما يكون الشخص من النوع الذي يتميز تفكيره بالمبالغة، وتوقع الخطر والانهيار والكوارث. وعلاج هذا الجانب يتجه الاهتمام إلى تشجيع الشخص على التفكير بواقعية في الموقف وفي نفسه وفي امكانياته ويقترح "مايكنباوم" (٢٧) Meichenbaum من كندا أن من أنجح الوسائل للتغلب على التفكير الانهزامى للشخص في حالات القلق في أن ننسبه إلى الأفكار والآراء التي يريدها بينه وبين نفسه (المونولوجات) عندما يواجه موقفا يتسم بالتهديد. ان من رأى هذا العالم أن القلق الذي يتقائنا من المواقف المخدئة يعتبر نتيجة مباشرة لما نقوله لأنفسنا وما نقنع به نواتنا من أخطار وكوارث. ولهذا فهو يقترح منهاج يقوم على تعديل محتوى ما يقوله الشخص لنفسه في المواقف التي يراها مهددة لنفسه وأمنه وفق ثلاث قواعد رئيسية:

(١) أن تقنع نفسك بأن الخوف والهلع الذي يمتلك مشاعرك عند التفكير فيما قد يحدث من أشياء سيئة أسوأ بكثير من الأشياء التي ستحدث فعلا قل لنفسك بأنك ستحول الموقف إلى أسوأ مما هو عليه بالفعل بتفكيرك وتهويلاتك.

(٢) اقناع النفس بشئى الوسائل الممكنة ان الموقف الذي يشيب مخاوفك الآن سينتهى حتما.

الملائمة من شأنه أن يؤدي إلى تضائل القلق بشكل ملحوظ. ويحظى هذا الجانب باهتمام كثير من المعالجين، ويمثل أحد الفصول الهامة في كتب العلاج السلوكي الحديثة. ويدرس تحت عناوين مختلفة منها تأكيد الذات، أو تدريب القدرة التوكيدية، أو التدريب على الحرية الإنفعالية. ويقوم هذا النهج على بديهية علمية قوامها أن تدريب النفس على التعرض للمواقف الاجتماعية المثيرة للخوف والإنفعال والقلق وأنت تعرف مسبقا ما الذي ستقوله فيها، وكيف تتصرف خلالها، وإبرائك لحقوقك والتزاماتك أزاء هذه المواقف فإن من الطبيعي أنك ستكون أكثر هدوءا وقدره على التحكم في انفعالاتك عند مواجهتك أياها.

فضلا عن هذا، أن كثيرا من العلاقات الاجتماعية تتطلب اتصالا نشطا بالآخرين، ولهذا فإن العلاقات الاجتماعية السليمة تحتوي على مزيج من الإنفعالات المتنوعة بها فيها الغضب أحيانا، تبادل مشاعر الحب والود أحيانا أخرى، اللوم، الإعجاب، الضيق. ومن المعروف أن قدرة الشخص القلق على تبادل الشاعر نقل في المواقف الاجتماعية نتيجة لما يؤدي إليه القلق من قيود وعجز. ولهذا نجد أن الشخص في مواقف القلق يقمع رغبته في التعبير عن مشاعره الحقيقية، ويكتم معارضته أو قبوله أو يرغم نفسه على قبول أشياء لا يحبها، أو يهرب من أشياء يحبها.. ومن ثم تجيء أهمية تدريب الشخص على التعبير عن الإنفعالات بجوانبها الإيجابية (الحب والإعجاب مثلا) والسلبية (الغضب والعنوان والوفض). أن حرية التعبير عن الإنفعالات والقلق لا يجتمعان معا، ويتعارض التعبير بحرية عن الإنفعالات بما يتسم به من تلقائية، مع القلق والعصاب بما فيهما من قيود.

ويتم تدريب القدرة على حرية التعبير الإنفعالي بأساليب أخرى متنوعة مثلا التدريب على تطبيق المشاعر<sup>(٢٨)</sup> أو التعبير عن أي انفعال بكلمات موجزة منطوقة.. وينصح المعالجون أيضا بأن يتشجع الشخص على أحداث انفعالات بدنية ملائمة للإنفعال، فاستخدام الاشارات والحركة الرشيقية، كإكل ملامح الوجه بطريقة ملائمة، والاحتكاك البصري المناسب من أجل جميعا أن تضافر لاحداث الثقة بالنفس في مواقف التفاعل الاجتماعي بما يخفف من آثار القلق والإضطراب.

ويشيت "باندورا"<sup>(٢٨)</sup> أن كثيرا من استجاباتنا المرضية والسوية يجب بفعل مشاهدة الآخرين والتأثر بهم أي القنوة. لهذا فإن من الممكن تدريب القدرة على التوكيدية واكتساب المهارة الاجتماعية الضرورية للنجاح في ملاحظة الآخرين أو الاقتداء بهؤلاء الذين تتوافر فيهم هذه القدرات بوضوح. ولهذا فإن من الثابت أن القلق يختفى في بعض المواقف الاجتماعية المهددة (مقابلة شخصية للعمل مثلا) عندما نسمح للشخص أن يحدد أشخاصا يؤيدون هذا الموقف بنجاح في أفلام أعدت خصيصا لهذا الغرض. ومن ثمة قد نستخدم ما يسمى بأسلوب تمثيل الأنوار كطريقة من العلاج. فإذا تأتى للشخص أن يقوم بتخييل المواقف المهددة، ثم أن يمثل نفسه - أو مع معالجة - الموقف كما يوده أن يحدث، مرات ومرات حتى أنه فإنه سيكسب كثيرا من القدرات إلى ستمكنه من مغالبة القلق عند جهة الفعلية للموقف المهدد.

فاسم مشترك :

ان الأساليب التي عرضناها حتى الآن تتضافر جميعها في مبدأ عام وهو أن مغالبة القلق تأتي بالتعرض وليس بتجنب المواقف والأفكار المثيرة للقلق حتى نعتاد عليها. ولهذا فإن من بين كل تيارات العلاج النفسي منذ قرون نجد أن أنجحها هي تلك التي تخطط للتعرض ومواجهة القلق. ان مخاوفنا ومصادر القلق لدينا ستختفي ما أن نواجهها بتصميم. وكل هذه الطرق التي أشرونا اليها سابقا ما هي الا طرق لمواجهة القلق والتعرض له في الجوانب الثلاثة التي سبق الإشارة اليها. ولكي نضمن أكبر قدر من الفاعلية في استخدام هذه الطريقة هناك بعض التوجيهات:

- التعرض لمواقف القلق مطلب ضروري للصحة. وسواء تم هذا التعرض من خلال تخيل هذه المواقف، أو من خلال الدخول فيها بشكل فعلي، فإن النتيجة واحدة. الا أن من الأفضل أن يتم تعرضنا بطريقة تخيل هذه المواقف ثم أن ننتقل بعد ذلك للمواقف الفعلية المرتبطة بآثاره القلق.

- كلما كان التعرض للمواقف الإنفعالية مبكرا ولفترات طويلة كلما كان تأثيره أنجح، فمن الأفضل مواجهة الخطر منذ البداية والاستمرار في مواجهته حتى يتلاشى دائما.

- ان القلق الذي يحدث خلال العلاج في المواقف التبريرية أو مواقف التفجير الإنفعالي لا يؤدي عادة إلى نتائج أو مضاعفات. ولا زال بعض الأطباء والمعالجون حتى الآن يترددون في السماح لمريضهم

بالدخول في مواقف تثير القلق وذلك خشية من الإصابة بمشكلات فعلية. لكن هذا غير صحيح ولا يوجد ما يدل على حدوث هذه مضاعفات. بل يوجد ما يدل على أن نويات الفرع التي تتم في واقف الفعلية من خلال التعرض للخطر في موقف العلاج تكون ل من السابق وهناك ما يدل على أن إثارة القلق بشكل مقصود، مواقف التدريب والعلاج النفسي لا يؤديان إلا إلى تقليد باهت بات الفرع الحقيقية التي تصيبنا في هذه المواقف الفعلية.

## References

1. Dyer, W. (1985). *What do you really want for your children?* New York: Avon Press.
2. Greenberg, S. I. (1971). *Neurosis is a painful style of living*. New York: Signet.
3. Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner Mazel, Inc.
4. Ellis, A. (1961). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
5. جبران خليل جبران. النبي. ترجمة ثروت عكاشة.
6. Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N. Y.: Bruner Mazel, Inc.
7. إبراهيم (عبد الستار). القلق: قيود من الهم. القاهرة: كتاب الهلال.
8. Greenberg, S. I. (1971). op. cit.
9. Beck, A., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
10. Beck, A., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, N. Y.: Guilford Press.
11. Ellis, A. (1988). *How to stubbornly refuse to make your miserable about anything - yes, anything*. Syracuse, N.J.: Lyle Stuart.
12. Ellis, A., et al. (1989). *Rational-emotive couples therapy*. New York: Pergamon.
13. Dryden, W., & DiGiuseppe, R. M. (1990). *A primer on Rational-emotive therapy*. Champaign, Ill. Research Press.
14. إبراهيم (عبد الستار) ١٩٨٧ علم النفس الاكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ.
15. إبراهيم (عبد الستار) (١٩٨٣) العلاج النفسي الحديث: قوة للانسان القاهرة: مبدولي.

الشخصية العصابية مفهوم يصف أنواعا من السلوك الذي يتسم بالاستثارة الانفعالية وتجنب المواقف التي تستثير الانفعالات ويعد من العصابي صعوبة واضحة في التعبير عن الانفعالات (عدا القلق). ولغة الاتصالات الاجتماعية القائم على الأخذ والعطاء ، ولا يمكن عزل سبب - كاضطراب نفسي - عن الطريقة التي يفكر بها الشخص سابي ، حيث تبين أن العصبيين عموما يميلون للمبالغة والتحويل جس والاعقلانية والتطرف... وتساهم هذه الخصائص السلوكية فيما في التحويل الشخص العصابي إلى الاضطرابات النفسية الشائعة بما بها الخوف، والقلق، والوساس ، والانتقاد إلى تأكيد الذات والحرية عالية ويقدم هذا الفصل عرضا للأساليب السلوكية الحديثة في علاج طرابات العصابية بالتركيز على القلق. وقد تناولنا هذه الأساليب من التركيز على الجوانب المختلفة التي تصف الاضطراب العصابي. ومن جد القارئ عرضا للأساليب السلوكية الفعالة ومن أهمها: أساليب مويود والتدرج في مواجهة مواقف التهديد، والقهر الانفعالي ، استرخاء العضلي، والعلاج المعرفي لتعديل أخطاء التفكير وتشجيع قلانية، وتدريب المهلات الاجتماعية بحيث يمكن للشخص أن يتعرض وأقف الاجتماعية ويعالجها بمهارة وإدراك لحقوقه والتزاماته أوانها.

## النصل الثاني عشر

### العلاجات السلوكية والاضطرابات العقلية

#### الفصل خاصة

حتى موضوع العلاج السلوكي للاضطرابات العقلية بما فيها الفصام مام مبكر من المعالجين السلوكيين. ويفضل هذا الإهتمام الذي بدأ مواكبا دور الثورة السلوكية في العلاج النفسي (في التخصصات تقريبا). عمل ما نشر من بحوث ودراسات للحالات الفردية، وما نفذ من برامج كية في المؤسسات العقلية في مجالات الفصام، بفضل ذلك أمكن تحقيق زات علاجية كثيرة يمكن صياغتها على النحو الآتي:

١- أصبح من الممكن للفصامين حتى أشدهم إزمانا وتعذرا على العلاج أصبح بإمكانهم أن يكتسبوا كثيرا من السلوك الإيجابي ، وأن يتخلصوا من كثير من الجوانب الشاذة أو أن يعدلوا منها، وذلك باستخدام مبادئ التعلم والقوانين السلوكية.

٢- أن هذه التأثيرات هي تأثيرات علاجية. ومن ثم فإن أحداثها يؤدي إلى تأثيرات إيجابية بارزة في السلوك العام للفصامي. فضلا عن هذا فهي تؤدي إلى الإقلال الملحوظ من الإنتكاسات التي تصيب الفصامين بعد تصريحهم من مؤسسات العلاج .

16. Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

17. Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

18. Greenberg, S. A., (1971) op. cit.

١٩- إبراهيم، عبد الستار (١٩٨٩). التعرف على حالات القلق. مجلة العربي، العدد ٣٦٩ (ص ١١٦-١٢٦)

٢٠- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٠). محاور أربعة في علاج القلق مجلة العربي ، العدد ٣٧٤ (ص من ١٢٢-١٣٥)

٢١- إبراهيم، عبد الستار. النخيل، عبد العزيز برضوي، إبراهيم (١٩٩٣) موجتان من التطور بحركة العلاج النفسي. مجلة علم النفس، العدد ٣٦ (ص من ١٦-٣٦)

22. Wolpe, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy. In J. K. Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

23. Stampfl, T.G., & Lewis, D. J. (1976). Implosive therapy: A behavioral therapy. In J. T. Spence, R. C. Carson, & J. W. Thibaut (Eds.) *Behavioral approaches to therapy* (pp. 89-110). Morristown, N.J.: General Learning Press.

24. Eysenck, H. J. (1979). The conditioning model of neurosis. *Behavioral and Brain Sciences*. 2, 15-166.

25. Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

26. Dryden, W., & DiGiuseppe, R.M. (1990). *A primer on Rational-emotive therapy*. Champaign. 111: Research press.



٢- أن القواعد والنماذج السلوكية التي إستخدمت في هذا المجال حتى الآن يمكن بلورتها بوضوح كمبادئ مستقلة ومختلفة عن مدارس العلاج النفسي والطبي الأخرى.

لكننا نعترف مع هذا أن إهتمام مدارس العلاج السلوكي بالأمراض العقلية قد بدأ متأخرا عن إهتمامهم بالإضطرابات الإجتماعية والنفسية الأخرى كالقلق والخوف والإكتئاب.

وحتى الآن، وبالرغم من الإنجازات الضخمة التي حققها المعالجون السلوكيون في تعديل السلوك الفصامي، وفن إدارة العنابر العلاجية التي يمثل الفصاميون فيها عادة الشريحة الكبرى، حتى الآن لازال الإهتمام بهذا المجال محوطا باللفظ والجدل والتردد. وقبل أن ندخل في تحليل الأسباب التي إرتبطت بهذا الجدل من الضروري أن نوضح مفهوم الفصام أو المرض العقلي كما يراه المعالج السلوكي؟ فما هو العلاج السلوكي؟ وما هي الأساليب التي تستخدم في هذا المجال؟ وأهم النتائج التي وأكبت تطويع المبادئ السلوكية في العلاج النفسي في ميدان الفصام والأمراض العقلية؟ إجابة هذه الأسئلة تشكل الأهداف الرئيسية من هذا الفصل.

### الفصام كما يراه المعالج السلوكي

إن الإتفاق بين المعالجين السلوكيين على ما يعنيه الفصام أقل بكثير مما هو عليه الحال بين زملاء الآخرين من خبراء الصحة العقلية. ويشكو الكثير من المعالجين السلوكيين من أن المعكات التي يستخدمها أخصائيو الطب العقلي والنفسي محكات غير متكاملة وتفتقد إلى الثبات. فضلا عن

هذا فهم يشاركون زملاء المهنة الآخرين شكواهم من أن مفهوم الفصام ذو طبيعة غير متماسكة أو مترابطة. صحيح أن مرشد الطب النفسي الأمريكي<sup>(١)</sup> يرصد عددا من الأعراض المميزة للفصام، لكن هذه الأعراض تتداخل في الأشكال المختلفة عن الفصام، فضلا عن أن هناك أشكال من الفصام توجد فيها أعراض لا توجد في الأشكال الأخرى على الإطلاق.

ويفضل المعالجون السلوكيون السلامة فيما يتعلق بهذا الجدل في تعريف المرض العقلي أو النفسي، ومن ثم فإنهم يفضلون عند التعامل مع الفصام أو غيره التركيز على جوانب من السلوك الشاذ التي يمكن ملاحظتها وتقديرها وتعديلها. وذلك بدلا من الإعتماد على عملية التشخيص بالمعنى التقليدي. والمعالج السلوكي في هذا يشبه تماما زميله الطبيب النفسي عندما يستخدم العلاج بالعقاقير. فمن المعروف أن عملية العلاج بالعقاقير تعتمد على ملاحظة التغيرات السلوكية أكثر من إعتقادها على عملية التشخيص<sup>(٢)</sup>.

أن المعالج السلوكي ببساطة لا يتعامل مع المرض، ولكن مع الأنماط السلوكية التي تصف المرض وتشرحه، وتساهم في تطوره، وعلاج الفصام- في ضوء هذا التصور يعني تعديل أو علاج أنواع السلوك التي أدت إلى شخص مريض معين بالفصام.

ولهذا نجد أن من أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكي عند البدء في أي برنامج علاجي في مجال الفصام أن نحدد بالضبط السلوك الذي نرغب في التخلص منه، ويوضح الجدول رقم (٨) بعض الصياغات السلوكية

جدول رقم (أ)

الاضطرابات السلوكية لبعض الاضطرابات الرئيسية

الاضطراب	الاضطرابات السلوكية
١- عصاب	- وجهه يشحب - يفس أو يبلع ريقه كثيراً - يترجس - يخاف - يوطب شفثيه - يعاني من صعوبات تنفس - يعرق بغزارة - أطرافه باردة - يجرع بشدة - لا يستطيع رد الاهانة - يردد عبارات مثل (أنا قلق أو خائف)
٢- نهمان	- يضحك بدون سبب - يتحدث مع نفسه بصوت عالي - إستجابات شاذة : ( ينزع مثلاً ملابسه) - أفكاره غير مترابطة - يتفجر بالغضب دون سبب واضح - لغة مفككة - يلعب بأعضائه التناسلية علناً
٣- فصام	- يرى أو يسمع أشياء لا يحسها الآخرون - يهلوس - تتملكه هواجس ثابتة - يصعب عليه التفكير - سبب - يمتدئ دون سبب - يرفض العلاج - يتكلم بلغة مفككة - شديد الانسحاب - لا يكثر من حوله - لا يكثر لمرضه.

تابع جدول (أ)

الاضطراب	الاضطرابات السلوكية
٤- إكتئاب	- يبكي - ساهم - بطيء الحركة - يردد عبارات مثل: أنا مكتئب - يرفض الطعام - وزنه يتناقص بمقدار (-) - يردد عبارات دالة على اليأس - ينتقد نفسه بشدة - يلوم نفسه بشدة - يصف نفسه بئس مريض - يعبر عن شكوى مرتبطة بالأرق أو صعوبات في النوم

وهكذا نجد أن المعالج السلوكي عندما يتعامل مع مريض معين يتعامل معه بصفته التجريبية التشخيصية لأنه يعرف مدى صعوبة وضع هذه الأنماط المجردة للعلاج المباشر والاضطراب وهو يفضل بدلاً من ذلك تحليلها إلى عناصر سلوكية أكثر نوعية وتحديدًا، والشائع الآن - وكما ترى من الجدول السابق - النظر إلى الفصام على أنه مفهوم يجمع بين عناصر سلوكية تشمل وجود هلاوس، هواجس، اضطرابات في الإنتباه، ضعف في عمليات الترابط، التفكير اللفظي يعني : اضطرابات فكرية أو معرفية، اضطراب في السلوك الحسي - الحركي - السبب - القلق - الانسحاب الاجتماعي الشديد - عدم الإكتراث بالمرض عدم إستبصار، ضعف إستجابات الوجدانية.

وهكذا نجد باختصار أنه بينما يركز الفصل الراهن على موضوع علاج الفصام، فإن طبيعة المنهج السلوكي تتطلب التركيز على علاج أنواع مشكلات السلوكية التي تسود وتنتشر بين من نطلق عليهم (فصامين) عبارة أخرى، فإننا نركز - هنا - وببساطة على علاج المشكلات السلوكية للفصامين.

## لماذا تأخر ظهور العلاج السلوكي للفصام

يبدو أن سبب تأخر المعالجة السلوكية للاضطراب الفصامي يعود لإنتشار بعض المعتقدات الخاطئة في تفسير السلوك الفصامي، وقد أدت هذه المعتقدات فيما يبدو إلى ردود فعل عاطفية ساهمت في إثارة الشكوك حول استخدام مناهج التعلم، ومبادئ الإكتساب التي يعتمد عليها العلاج السلوكي في ميدان علاج الفصام. وفيما يلي سنوضح بعض هذه المعتقدات التي إنتشرت على نحو غير مفهوم -أو على الأقل أدت إلى إستنتاجات خاطئة في علاج الفصام .

**الزعم الأول : الفصام مفهوم عام ومضطاض وغير مترابط :**

صحيح أن خبراء الصحة العقلية يتفقون بشكل عام على عدم وجود محكات ثابتة لتشخيص الفصام، لكن المعالج السلوكي يتجنب هذا الجدل بكامله - كما رأينا - من خلال التركيز على أنواع السلوك الفصامي ، ومن ثم فهو يركز على علاج السلوك المضطرب الذي ينتشر بين الفصاميين، ويقيس المعالج السلوكي نجاحه في العلاج من خلال التغيرات السلوكية الإيجابية في السلوك المحوري (هالوس - هاجس - عنوان - انفجارات إنفعالية - قصور في المهارات الإجتماعية كالحديث أو الحوار - الخ) ومن ثم، فإن الإفتقاد للتماسك في مفهوم الفصام بالمعنى الطبي لا يعنى أن العلاج السلوكي أمر متعذر. فالعلاج السلوكي يتبنى مفهومًا عمليًا وسلوكيًا ويجب تقييم فاعليته في علاج الفصام على هذا الأساس .

**الزعم الثاني : الفصام ذو مصدر بيولوجي مما يجعله متعذرًا على العلاج بالأساليب غير العضوية بما فيها العلاج السلوكي:**

صحيح أن نسبة كبيرة من المعالجين السلوكيين ومن خبراء الصحة العقلية يتفقون أن الفصام اضطراب (بيولوجي) ، وصحيح أن البحوث المعاصرة تثبت أن الأساس البيولوجي والوراثي يلعب دورا هاما في تطور الأعراض الفصامية وظهورها، لكن من المعروف أيضا أن العوامل البيئية تلعب بالمثل دورا هاما في ظهور وتطور أعراضه، مما يجعل تناول السلوكي ممكنا على الأقل بالنسبة لبعض المشكلات الهامة فيه .

إن المفهوم الحديث للفصام يركز على النموذج الذي يتبناه (زوين) و (سبرنج) (٣) والذي يرى أن الأعراض الفصامية تنشأ نتيجة للتفاعل بين الإستعدادات البيولوجية، والضغط البيئية. ويوضح (بيلاك) و (مويسر) (٤) أن الاستعداد البيولوجي للفصام يتكون من عوامل متعددة منها وجود عوامل وراثية وعوامل نمو، أو اضطرابات بيوكيميائية (كزيادة نسبة الدوبامين Dopamine). كذلك يمكن أن نضم لهذه القائمة العوامل الخاصة بزيادة الإستجابات "الإستثارية في الجهاز العصبي المركزي" (٥) .

أما الضغوط التي تبين أنها تتفاعل مع الإستعدادات البيولوجية في تطور الأعراض الفصامية فهي تشمل على الشروط والحوادث البيئية التي تؤثر تأثيرا سلبيا في الفرد بما فيها الأزمات الإجتماعية، وانعاط إتصال الخاطئة، والوضعية الطبقية (مثلا: الفصام يشيع في

الطبقات الفقيرة أكثر من الطبقات المتوسطة أو العليا). وتمتد الضغوط لتشمل التفسيرات والعوامل الخاصة بالفرد كالمريض والعقاقير والمخدرات (٣).

ومن المعروف أنه كلما زادت درجة الإستعداد البيولوجي أو الاستهداف العضوي للمرض كلما قل وزن الضغوط البيئية والشخصية في أحداث الإضطراب. وبالعكس فإن أى ضغوط ولو كانت ضئيلة ستؤدي إلى إثارة الأعراض الفصامية في الشخص المستهدف بيولوجيا لذلك .

ويبدو أن ترجمة الضغوط في حالات الاستهداف البيولوجي إلى أعراض فصامية تتوقف على القدرات التكيفية للفرد، أى على ما إكتسبه من قبل من وسائل تمكنه من حل المشكلات الاجتماعية والتعامل مع الصراعات والازمات والمهارات الاجتماعية ورعاية النفس. ولهذا تمتد القدرات التكيفية للفرد لتشمل قدراته اللغوية، وقدراته على إستخدام وسائل المواصلات والتعامل مع النلود، والرعاية الصحية للنفس والتعامل مع الآخرين وفنون الإحتكاك بالمجتمع. ومن المؤكد أن التدريب على القدرات التكيفية وهو من عمل المعالج السلوكي - ستقلل بكثير من الآثار السلبية للضغوط أو ستقلل على الأقل من حدة الشعور بها أو من إستمرار تأثيرها السلبي .

الزعم الثالث : الفصام يمكن علاجه بنجاح بإستخدام العقاقير الطبية فقط :

لاشك أن تطور العقاقير الطبية المضادة للذهان قد أحدث ثورة هائلة في حركة الصحة العقلية وتطور العلاج الطبى للفصام منذ ١٩٥٠، لكن بعض

مقارير الطبية الحديثة تكشف في هذا الصدد عن بعض المشكلات والتي لها إن حوالى ٥٠٪ من الفصامين لا يستجيبون إيجابيا للأدوية الذهانية (٨ و ٩ و ١٠) ، ومن بين الذين يستجيبون إيجابيا لها تحدث بين حوالى ٥٠٪ منهم إنتكاسات في خلال عام و ٥٠٪ تحدث إنتكاساتهم في خلال بين (١١ و ١٢) وبالوغم من أن هذه العقاقير تتجفع في علاج بعض مرضى كالهوس ، والهواجس فإن أعراضا فصامية أخرى وهامة مثل الإكتراث ، والإنسحاب الإجتماعى وفقدان القدرة على النشاط والحركة أثر علاجيا بهذه العقاقير (١٣) - هذا فضلا عن أن الآثار الجانبية اقير الذهانية - والموثقة توثيقا جيدا - تكون أحيانا ذات أثر سلبي لا من الآثار السلبية التي يتركها الإضطراب نفسه على الشخصية. صحيح هناك عقاقير أخرى تعطى للتحكم في هذه الآثار الجانبية لكن حتى هذه أيضا أثارها الجانبية (١٤). والخلاصة، ومع الإعتراف بدور العقاقير في ميدان الفصام ، إلا أنها ليست البلسم الشافى لكل المرضى الفصامين، ولكل الأعراض الفصامية. ومن المؤكد أن مناهج أخرى من العلاج والتأهيل، وتدريب القدرات التكيفية الإجتماعية للمرضى الفصامين مطلبها رئيسيا. ولاشك أن العلاج السلوكي يعتبر من المناهج العلاجية الطبية المطلوبة لهذا المجال .

## أهداف العلاج السلوكي للفصام

كيف يمكن أن نقيم فاعلية برنامج علاجي معين؟ يمكن بالطبع تحقيق ملاحظة مدى تحقيق هذا البرنامج لبعض الأهداف المحددة ومن ثم

يمكن تحديد ثلاثة أهداف رئيسية للعلاج السلوكي الفصام :

١- أهداف متعلقة بزيادة القدرات التكيفية والتوافق للمجتمع :

من المتفق عليه بين أقطاب العلاج السلوكي (١٥، ١٦، ١٧) أن الهدف الرئيسي من العلاج السلوكي للفصام هو: التغيير في جوانب من سلوك الفرد بحيث يستطيع أن يمارس حياة فعالة خارج المستشفى. ويمكن معالجة التوافق الاجتماعي الجيد في ضوء أربع فئات رئيسية هي :

\* تخفيض حدة الأنماط السلوكية المضطربة أو إزالتها.

\* تنمية القدرة على تكوين علاقات شخصية اجتماعية فعالة ( مثل القدرة على رعاية الذات، والإهتمام بالتفاعل الاجتماعي والدخول في علاقات إيجابية وتطور مهارات الإتصال) .

\* تنمية القدرة على التوافق المهني والقابلية للتدريب أو بتعبير بول (١٨) ما يسمى بالفاعلية في أداء الدور.

\* وهناك الفئة الرابعة من الأهداف التي بدأت تنمو في الحقبة الأخيرة وهي تتعلق بتغيير بعض العوامل الهامة مثل صورة الذات أو إعتبار الذات (١٩) ، والقعدة على حل المشكلات المستعصية (٢٠)

ومن الجدير بالذكر أن غالبية الدراسات المنشورة عن العلاج السلوكي تثبت وجود تغييرات أساسية في الأنماط السلوكية الخاصة بإحدى الأهداف السابقة على الأقل، ومن ثم يمكن إعتبارها متصلة بالهدف الأشمل الخاص

التوافق للمجتمع. وينبغي هنا أن نشير إلى أنه لا يجب النظر إلى جوانب تحسين في السلوك كما تظهر لدى الفرد في داخل المستشفى على أنها منفصلة عن تلك التي ينبغي أن تظهر بعد خروجه من المستشفى، إذ أن عملية تقييم التوافق مع المجتمع الخارجي ينبغي أن تبدأ فعلا في داخل المستشفى. ذلك لأن تأثير التغييرات الخاصة يمكن الإحساس بها في داخل المستشفى وتظهر في الجوانب المتعددة من التفاعل مع بيئة المستشفى. مثال أن نلاحظ مثلاً أن اتجاهات العاملين نحو المريض تبدأ في (٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤) كذلك يبدأ الآباء والزائرون في الإستجابة بطريقة إيجابية مختلفة (Ayllon 1963) والمرضى الآخرون (٢٦) يصبحون أيضاً إيجابيين، كما أن المريض نفسه قد يصبح أكثر قدرة على الإستجابة لمجموع العلاجات الأخرى (٢٧).

أهداف متعلقة بالتوافق لبيئة المستشفى :

من الملائم أن نعمل على تحسين سلوك المريض في داخل المستشفى ونحن نعرف مثلاً بأنه لأمل في خروجه منها أو أنه قد يقضى حياته بين أسوارها.

فلا جدال في أن قدرة المريض على ضبط تبوله أفضل من عجزه عن الاحتفاظه بلسان نظيفة سليمة وتنفس طيب الفم من أن يكون ذا رائحة كريهة، واحتفاظه بنظافة جسده وصحته أفضل من إصابته من الأمراض الجلدية التي قد تسببها الرعاية الصحية السيئة.

العاملين (٢٣) . وعلى سبيل المثال وجد ( وونكلر ) Winkler (٢٣) أن نسبة غياب العاملين تقل بنسبة ٢٤٪ بعد تنفيذ برنامج العلاج السلوكي القائم على الجزاءات الرمزية في عنبر علاجي بالمقارنة بعنبر آخر ضابط .

وهناك أدلة قوية تثبت أن التغيير في سلوك العاملين يؤدي إلى إرات ملموسة في سلوك المرضى أنفسهم، فمن ناحية سيؤدي ذلك إلى أن عاملين سيكربسون وقتاً أطول من جهودهم للمرضى عند تنفيذ البرنامج العلاجي (٢٤) . وازدياد الإيجابيات لدى العاملين سيساهم بدوره في زيادة غبطة المرضى وتقدمهم . ومهما كانت النتائج فإن توظيف العلاج لكي لتحقيق الأهداف المتعلقة بالعاملين أمر يجب حسابه .

ومن وجهة الصحة العامة فلا جدال أيضاً في أن الاحتفاظ بدرجة من النشاط أفضل من التقاعس، حتى لو كانت فرصة خروج المريض من المستشفى ضئيلة. فضلاً عن هذا فإن هناك ما يثبت بأن مستوى نشاط مريض معين قد تكون له آثار علاجية على مريض آخر.

كما أننا لسنا في حاجة لتأكيد الأهداف التي تتضمن سلامة المريض والعاملين والمرضى الآخرين في العنبر. فبالنسبة لكثير من الأفراد الموجودين في العنبر العلاجي من الأسلم مثلاً أن لا يشعل المريض الحرائق ولا يحطم زجاج النوافذ ، ولا يتهجم على الآخرين (٢٩، ٣٠، ٣١) .

كل تلك الأحداث السابقة قد ترتبط أو لا ترتبط بالهدف الأساسي وهو توافق المريض مع المجتمع ، لكن لا جدال في أنها أهداف ملائمة وصحية في ذاتها. وإذا كان كثير من المهتمين بالصحة العقلية يركزون بقوة على هدف واحد ويتجاهلون الأهداف الأخرى فإن أهداف المالح السلوكي متعددة وكثيرة وتتلائم مع مناهجة .

### ٣- أهداف متعلقة بالعاملين :

من الملائم عند قياس فاعلية المناهج العلاجية السلوكية الإهتمام بالنتائج التي يتركها تنفيذ هذه البرامج على العاملين مع المريض بما فيهم الأطباء والأخصائيون وجهاز ائمرضين والمرضات . أن البرامج التي تؤدي إلى تكوين مرضى مقبولين إجتماعياً تؤدي بدوره إلى توفير جهد العاملين وطاقتهم ووقتهم، كما تؤدي إلى رفع الروح المعنوية ، والمسئولية، والرغبة في بذل الطاقة ، والأمل في إرتفاع مستوى الرضا عن العمل بين

## من الأساليب العلاجية.. السلوكية للفصام

بالرغم من أن الأساليب التي أمكن توظيفها في علاج المرضى الفصامين ضئيل نسبيا فإن هناك من النتائج ما يبين أن استخدام هذه الأساليب يؤدي إلى تغيرات واضحة وملحوسة في سلوك المرضى، وفي الجزء التالي سنناقش بعض الأساليب البسيطة، ثم الأساليب العلاجية المركبة (أي التي تتضمن التأليف بين الأساليب الأساسية البسيطة، فضلا عن الإستراتيجيات الناتجة عند تطبيقها).

## أ الأساليب الفردية

## ١- أساليب التدعيم

## ١- التدعيم الإجتماعي :

من أكثر أساليب العلاج السلوكي شيوعا تلك التي تتضمن التقديم المنظم للتدعيم الإجتماعي مثل المدح والتعزيز، أو الإمساك عنها. ولأن من المعتقد أن التدعيم الإجتماعي يقوم بدور المدع الشارطي للسلوك، فإن بعض الآراء التي ترى أن تقديمه يجب أن يكون مصحوبا بمدعمات ملموسة بطريقة منظمة حتى يمكن زيادة خصائصه التعديمية للسلوك (٣٦، ٣٥). والحقيقة أن هناك ما يؤيد صدق هذا التصور (المراجع السابقة). فبالنسبة لكثير من

لرؤى (أو الأغلبية منهم على الأقل) تكون قيمة التدعيم بالمدح والانتباه هالة حتى قبل أن تصبح مدعمات أخرى. وتشير بعض التقارير المنشورة إلى أن التدعيم الإجتماعي عندما يستخدم بعناية يمكن أن يؤدي وحده إلى بركات ملحوظة في سلوك المرضى. ففي تقرير مبكر (٣٧) عن استخدام تدعيم في مجال المرض العقلي، تبين أن مجرد تجاهل السلوك المرضي قد يؤدي إلى تغيرات ملحوظة في سلوك مريضين عقليين. وفي دراسة أخرى (٣٨) ثبت وجود تغيرات ملموسة في نسبة الهواجس والتفكير غير المنطقي في بعض عقلي نتيجة لمجرد الإبتعاد عن المريض عندما تحدث مثل تلك الأفكار الجسدية والقرب منه وتوجيه الإهتمام له عندما يتحدث بطريقة منطقية وواضحة. وفي دراسة ثالثة (٣٩) تبين أن إظهار الإبتعاد قام بدور مدع سلوك (العزوف عن تناول الطعام) عند مريض في الرابعة والثلاثين سبب بهزال شديد، ولم يكن وزنه يزيد عن ثمانية وخمسين رطلا. لقد تطاع هذا المريض أن يكون عادات غذائية فيما لا يزيد عن خمسة أيام من تجاهله بطريقة منتظمة عندما كان يعزف عن تناول وجباته الغذائية. كما استخدم أسلوب المدح في محاولة ناجحة لزيادة (الوعي بالعلاقات الشخصية) بمجرد تعليم المرضى أسماء المرضى والأشخاص الآخرين في عيادتهم. أما "مور" و"كروم" (٤٠) فقد استخدموا أسلوب التأييد والتقبل في أسلوب سحب التأييد والتفاعل مع فصامية شديدة السمته. وقد أدى الأسلوب إلى تناقص وزنها بمقدار خمسة وثلاثين رطلا. كذلك وجد أن أسلوب المناقشة مع التدعيم اللفظي الإيجابي مع مجموعة ضابطة أدى إلى تحسن دال في مستوى النظافة ورعاية الذات (٤١). وفي نفس

هذه الدراسة تبين أن هذه التغيرات قد إنتشرت تأثيرها الإيجابي على خصائص أخرى، فقلت العداوة الهجاسية وارتفع إعتبار الذات على مقاييس أعدت لهذا الغرض .

وفي دراسة أخرى عن تأثير التعديم الإجتماعى قام عدد من الباحثين بتقييم تأثير وضع رمز أو نجمة أمام المرضى الذين إستطاعوا أداء جوانب من النشاط السلوكى بون تذكيرهم (وذلك كتصنيف الشعر وترتيب الأسرة وتلميع أحواض الفسيل). وقد تبين للباحثين أن وضع هذه العلامات قد أدى إلى زيادة ملحوظة فى أداء جوانب النشاط السلوكى السابقة، لكن الزيادة كانت أكبر عندما لم يكن يسمح إلا لن حصلوا على هذه العلامات يتناول غذائهم فى صالة الطعام (٤٢) .

واضح إذن أن تلك الدراسات وغيرها تبرهن بقوة على أن التعديم الإجتماعى يعتبر عنصرا قويا للغاية فى تغيير سلوك المرضى. وعلى هذا فمن الواجب تدريب العاملين فى عنابر الصحة العقلية والمؤسسات وإطلاعهم على قيمة إستخدام أساليب التأييد وإبداء الإهتمام. لكن هذا لا يمنع من التحذير مما يأتى :

- أن السلوك الذى نريد تعديله (أى السلوك المحورى) قد يكون نتيجة لشروط سابقة كالقلق والتوتر، أو أنه ربما يكون إلى حد ما (أن لم يكن تماما) من إختلاق المعالج وفى مثل هذه الحالات قد لا يؤدى التوقف عن الإهتمام (أى الإنطفاء) إلى إزالة هذا السلوك فضلا عن هذا تبين أن التعديم الإجتماعى قد يكون سلاحا ذا حدين ، (٣٤) بمعنى : أن التعديم

الإجتماعى (كالتحبيبة مثلا) قد يؤدى إذا ما إستخدمناه مع بعض المرضى إلى التدهور فى أدائهم. بينما قد يتحسن أدائهم ويزداد إذا ما إستخدمنا معهم التعديم الإجتماعى السلبي أو النقد) .

وباختصار ينبغى إستخدام أساليب التعديم الإجتماعى بحكمة وتنبه لآثارها الحساسة، وللأفروق بين الأفراد والمواقف.

### ٢- التعديم الأولى المباشر :

فى دراسة سابقة مبكرة (٤٤) تبين أن نسبة تناول الوجبات الغذائية تزداد عندما يقدم الطعام ويسعد فى أوقات محددة. كما أن هناك دراسات إضافية إستخدمت أسلوب تقديم تعديم مباشر (فاكهة - حلوى - سجاثر - مشروبات غازية الخ) مع بعض المرضى البكم (أو الأشبه بالبكم) لتنمية القدرة على الكلام لديهم (٤٥) وبالرغم من أن تتبع بعض الحالات بعد عام ثم مرور ثمانية عشر شهرا بين أن نتائج هذا الأسلوب مشجعة، إلا أن نسبة الكلام التى تتكون بهذه الطريقة غالبا ما تكون ذات طبيعة آلية، أو خلو من التلقائية.

ومن ناحيتنا ننصح أن يتوقف المعالجون السلوكيون عن إستخدام أسلوب التعديم الأولى المباشر مع بعض المرضى المزمنين، لأن الحصول على المدعمات المباشرة قد يكون عملا عسيرا للغاية بالنسبة لهؤلاء المرضى، مما قد يترك آثارا إيجابية مؤلمة لديهم، فضلا عن الإعتبارات الأخلاقية والقانونية التى قد تثار نتيجة التحكم فى تقديم هذه المدعمات الحيوية أو حجبها.



أن الإمتناع عن تقديم الطعام امر تحوطه إعتبارات خلقية وقانونية متعددة بطبيعة الحال (٤٦) . ولهذا يقدم بعض الباحثين حلا وسطا لهذه المشكلة بإستخدام أنواع من الأطعمة الترفيفية أو المغلفة بشكل جذاب (كالفاكهة وال لوى والمشروبات الغازية)، وبعضهم يرى أن من حق المريض أن يتناول وجبة غذائية ملائمة من حيث الشروط العامة للصحة البدنية، لكن إذا تعلق بحصول المريض على طعام ترفيهي فإن عليه أن يتصرف بطريقة ملائمة حتى يحصل عليه. ثم أليس هذا ما يتطلبه المجتمع الخارجى ويعامل أفراداه على أساسه؟.

## ٢- أساليب التشبع بالمنبه \*

تتضمن هذه الأساليب الإعتماد على (التكرار المفرط) للسلوك المرضى، أو إغراق الفرد بمنبه ذى طابع تدعيمى حتى يتحول هذا المنبه إلى منبه محايد أو منفرد، وقد إستخدم (١٩٥٩) Ayllon and Michal (٤٧) هذا الأسلوب بنجاح مع مريض إعتاد التقلب فى القمامة حتى أصيب بطفح جلدى. واستخدم هذا الأسلوب مع مريضة إعتادت على إختزان (المناشف) فى حجرتها مما كان يؤدى بهيئة التمريض إلى إستنفاد جهودهم فى أعمال تافهة. ويزعم (وولف) (٤٨) أنه أستطاع أن يقلل من الهواجس المريضة عند مريض قصاصى من خلال حمل المريض على تكرار هواجسه بصوت مسموع لمدة ساعة يوميا.

وعلى العموم فإنه بالرغم من عدم وفرة البحوث التجريبية عن أساليب

\* Stimulus Satiation.

التشبع بالمنبه، فلن التقارير القليلة المنشورة عنها مشجعة وليس من الغريب لهذا أن نجد أنها تثبت فاعليتها عند إستخدامها مع المرضى، بما فى ذلك القصاصيين.

## ٢- أساليب التنفير \*

يعبر أسلوب العلاج بالتنفير عن محاولة ربط ظهور نمط سلوكى معين منبهات غير سارة، أو التحكم فى منبه غير سار بحيث يصبح تقديمه نتيجة لفاء السلوك غير المرغوب.

ومن أوضح الأمثلة على ذلك أن «أجراس» (٤٩) أستطاع أن يعالج نجاح حالة مريض إعتاد على تحطيم زجاج نوافذ العنبر وذلك بتوجيه صدمة كهربائية مؤلمة عندما كان المريض يذكر له ضمن تصورات البصرية بأنه يطم لوحا من الزجاج.

لكن الآن أصبح إستخدام أساليب التنفير مع القصاصيين محدودا ناية، ربما بسبب بعض المسائل الخلقية المحيطة بتطبيق هذه الأساليب مع مرضى المحجوزين. ولعل من أهم المشكلات التى تحول دون نجاح إستخدام هذه التنفير هى صعوبة تعميم النتائج من الشروط التجريبية (فى زيادة) إلى مواقف الحياة العملية. فقد تبين أن الأفراد العاديين الذين تضعون لأساليب العلاج بالتنفير عادة ما يفرقون بين الظروف المختلفة التى إذا حدثت تحدث معها المنبهات المنفرة، وتلك التى لاتحدث معها هذه المنبهات ( وذلك كالتفريق بين عيادة المعالج فى مقابل العالم الخارجى) ولكن

\* Aversion

لعل هذا السبب هو نفسه الذى قد يجعل من تلك الأساليب ناجحة إذا ما استخدمت مع المرضى الفصامين، فالقصود المعرفى لدى الفصامين، وضعف قدراتهم على التمييز بين المواقف يجعلهم يتوقفون عن السلوك غير المرغوب فى المواقف التى تحددها طبيعة العلاج فقط وبأن تمتد آثار العقاب السلبية إلى مواقف أخرى.

#### ٤- أساليب الضبط - الذاتى \*

صحيح أن كثير من الفصامين لا يوجد لديهم الدافع لمواصلة استخدام أساليب الضبط الذاتى، لكن هناك بعض التقارير التى توحي بأن هذه الأساليب تفيد فى علاج بعض حالات الفصام، وفيما يلي أهم تلك الأساليب.

#### ١- المراقبة الذاتية Self Monitoring :

وجد (روتنر) (ياجل) (٥٠) أن مقدار الهلوس الصوتية بالنسبة لمرضة فصامية هبط من (١٨١) يومياً إلى (صفر) بعد عشر يوماً يطلب خلالها من المريضة أن تسجل عدد الهلوس التى تسمعها. وقد احتفظت بنفس هذا المستوى من التحسن حتى بعد خروجها من المستشفى لمدة ستة أشهر، غير أن (هتزل) (٥١) يشير إلى أن هذا التناقص قد يكون نتيجة للتدعيم الإجتماعى عندما كانت المريضة تسجل التناقص فى هلوسها وأن مقدار الهلوس الفعلية قد يبقى كما هو، ولكن يتحقق الباحث من هذا الافتراض أخرى لدراسة استخدم فيها أسلوب المراقبة الذاتية فى علاج

\* Self Control

الهلوس وأستطاع من خلالها أن يضبط العوامل المتعلقة بتأثير سلوك التسجيل نفسه، والتدعيم الفارقى، وتوقع المرضى. وقد أشارت نتائجها إلى أن مقدار الهلوس قد تناقص بمقدار 20% فقط خلال ستة أشهر أسابيع من تطبيق هذا الأسلوب.

#### ب- الصدمة الذاتية :

أعطى (بوتشر) (فابريكاتور) (٥٢) جهازاً سهل العمل لتوجيه صدمات كهربائية لمرضى فصامى كان يشكو من بعض الهلوس الصوتية، وطلباً من المريض أن يوجه لنفسه صدمة كهربائية حالما يسمع تلك الأصوات. وفى خلال بضعة أيام، قرر المريض بأن الأصوات قد اختفت فضلاً عن هذا، قرر هذا المريض أنه لم يسمع هذه الأصوات بعد ذلك لمدة خمس وثلاثين يوماً، وبعد ما تم خروجه من المستشفى. وفى عام ١٩٧١ استخدم (واينجرتتر) أسلوباً علاجياً مماثلاً فى دراسة جماعية، واستنتج بأن من الصحيح أن توجيه صدمات كهربائية للذات لدى مجموعة من المرضى الفصامين قد أدى إلى تحسينهم بالمقارنة بمجموعة ضابطة، ألا أن العنصر الأساسى المسئول عن هذا التحسن يتوقف فى رأيه على التوقعات التى يبنىها المرضى عن فاعلية العلاج بهذا الأسلوب.

وإستخدام باحثان أخوان (٥٣) طريقة مماثلة للأسلوب السابق مع مجموعة من المرضى لمدة أسبوعين لكنهما لاحظا أن هذا الأسلوب لا يلقى القدر المرغوب لهذا قاما بابتكار طريقة أخرى تقوم على استخدام أسلوب الإثابة والتدعيم بطريقة أدت إلى ضبط الهلوس البصرية لمرضى فصامى.

يصف المجرّب للمريض طريقة أدائه لهذا العمل، ثم يطلب من المريض، ثالثاً أن يؤدي العمل متتبعا التعليمات التي يلقاها عليه المجرّب إذا ذاك، وأن يؤدي العمل، رابعاً وهو (أي المريض) يكرر نفس التعليمات بصوت سموع، ثم خامساً بصوت غير مسموع بعد ذلك. وقد أثمر هذا البرنامج من التوجيه المعرفي للذات عن تغييرات ملحوظة في كثير من الجوانب السلوكية المعقدة كالإلتباء، واللغة كما عم تأثيره مجالات أخرى لم يشملها تلخيص التريب الأصلي. لهذا فإن هذا الأسلوب يعتبر واحداً للغاية

### ٥ - أسلوب التفجير الإثعالي

في هذا الأسلوب يطلب من المريض أن يتخيل (ويأقضى ما يمكنه من على التخيل الحى) مواقف واقعية أو رمزية تؤدي إلى إثارة القلق لديه. هدف من هذه الإجراءات هو التخلص التدريجي التام من القلق من خلال لقاء بتقديم المواقف مرة بعد الأخرى دون أن يصحبها أدنى بنى.

أما عن توظيف أسلوب العلاج بالتفجير في مجال المرض العقلى أو نام، فهناك دراسات تثبت فاعلية العلاج بالتفجير مع الفصامين. وعلى أن فإن نتائج العلاج بالتفجير الإثعالي مع المرضى الفصامين وأعدة يد ما، ولو أنها غير قاطعة والذي لا شك فيه أن هذا الأسلوب يقدم أخرى تشجع على مزيد من البحث.

### ٦ - تريب المهارات الإجتماعية

ب- على تأكيد الذات :

معتبره وأبى (٥٥) أول من قدم أسلوب التريب على تأكيد الذات الأساليب الرئيسية في نظريته عن الكف المتبادل وبالرغم من أنه

وكانت المشكلة الرئيسية لهذا المريض هي أنه كان يستغرق وقتاً طويلاً في تنفيذ النشاط اليومي الروتيني بسبب إنشغاله الدائم في لوازم حركية (بالوجه واليد)، كان يزعم بأنها محاولات منه لإبعاد الهلوس من مجال البصرى. وقد قامت طريقة العلاج على وضع برنامج علاجى يتم من خلاله التدعيم الإيجابى للمريض كلما قلل من الفترة التي يقضيها فى تناول إقطاره وغذائه، وعقابه بصدمة كهربائية إذا ما بدأ فى ممارسة لوازمه الحركية الطقوسية أثناء عبوره الأبواب المؤدية إلى صالة الطعام. وقد طلب الباحثان من أحد المساعدين (ممن لم يكونوا على علم بفروض البحث التجريبية) أن يسجل شدة الهلوس لدى هذا المريض. وقد أثبت تحليل هذه الملاحظات المضبوطة وجود تناقص ملحوظ فى هذا السلوك باستخدام أسلوبى العقاب والتدعيم، كما تقدر ملاحظات المريض نفسه أن هذا التحسن قد يشمل بعض المواقف الأخرى فى حياته.

وباختصار فإن النتائج المتجمعة عن استخدام هذا الأسلوب فى مجال الفصام غير قاطعة ولا تسمح بوضع إستنتاجات محددة لأن الفصامين الذين يمكن أغرائهم بتتبع تعليمات المعالج عند تطبيق أسلوب الصلصة الذاتية ضئيل للغاية.

### ٧ - التوجيه المعرفى للذات :

يقدر (ماشبنوم) (٥٦) وجود نتائج وأعدة للغاية فى تريب الفصامين على استخدام بعض الأساليب المعرفية الملائمة لحل المشكلات المستعصية. وتقوم طريقته على تحديد عمل عقلى من قبل المجرّب أولاً، ثم ثانياً أن

لا توجد دراسات ضابطة مع الفصامين، فقد نشرت الآن دراسات اعتُمدت على منهج دراسة الحالة. فمثلاً (٥٦) أمكن تعليم مريض فصامي بنجاح القدره على تأكيد نفسه مع زوجته وأسرته. كذلك أمكن إستخدام أسلوب التدعيم الإجتماعي مع أسلوب التدريب على تأكيد الذات في علاج الهلوس والهواجس والانسحاب المرضى لدى مريض فصامي بنجاح. وتشير الدراسة التتبعيه لهذا المريض لعامين متتالين إلى خلوه من الأعراض الفصامية بعد ذلك. وفي دراسة أخرى (٥٨) أمكن تعليم أساليب التأكيد في جلسات جماعية مع المرضى الفصامين وكان الإستنتاج كما يأتي:

ينجح المرضى الفصاميون الزمنون في التوقف عن تعلم إستجابات لا تكيفية كالعدوان، والخضوع الشديد وأن يستبدلوا باستجابات تكيفية قائمة على تأكيد الذات. وتحقيق هذا الهدف نجد أنهم يتجحون تماماً في ممارسة أساليب لعب الأنوار وإعادتها دون أي إثار سلبية.

ولعل أكبر مجموعة فصامية أمكن تدريبها على تأكيد الذات تكونت من أربعة عشر مريضاً ممن وصفوا بالإنقار إلى تأكيد الذات في المواقف الاجتماعية وترواحت جلسات العلاج الفردي لهم من ١٨:٢٠ جلسة، وكان الهدف من هذه الجلسات هو تدريبهم على تأكيد الذات بإستخدام أسلوب تمثيل الأنوار. وقد تبين للباحثين أنه لم يستفد من هذا الأسلوب إلا إثنان فقط من المرضى، ويعتقد الباحثان (٥٩) أن المشكلة الأساسية التي تواجه تطبيق هذا الأسلوب لدى هذا النوع من المرضى هي عجزهم عن وضع

أنفسهم في مواقف تأكيدية وهم لم يكونوا من قبل إلا أشخاصاً سلبيين وإنسحابيين. فضلاً عن هذا فإن كثيراً من أفراد هذه العينة قد عجزوا عن محاكاة الأنوار التي شاهدها من خلال الوصف أو الأداء، أما البعض الآخر فقد عجز عن تذكر اللوح الذي قام به في جلسة سابقة، كما أن بعض المرضى وصف هذا الإجراء بأنه إجراء مصطنع وغير واقعي.

## ٧ - العلاج بالتطبيق المتدرج (إزالة الحساسية) والإسترخاء

بالرغم من أن ولبى (٦٠) وهو أول من قدم أسلوب العلاج بالتطمين تدريجي يقرر بأنه لا يصلح في علاج الفصامين إلا أن هناك عدداً من الباحثين إستطاع أن يطوع هذا الأسلوب للتعامل مع هؤلاء المرضى. الحقيقة النتائج تتضارب من بحث لآخر.

ولعل الدراسة الوحيدة المضبوطة عن إستخدام أسلوب التطمين بين مرضى الفصامين تلك التي نشرها (زايسر) Zeiser (٦١) على مجموعة ٤٨ فصامياً قسمهم عشوائياً إلى أربع مجموعات فرعية علاجية :

- ١- مجموعة تلقت علاجاً بالتطمين المنظم.
- ٢- مجموعة تلقت تدريب على الإسترخاء.
- ٣- مجموعة ضابطة تلقت إهتماماً عاماً.
- ٤- مجموعة ضابطة رابعة لم تتلقى أي علاج على الإطلاق.

وتبين نتائج هذا البحث أن المجموعتين الأولى والثانية قد كشفتنا عن تحسن ملحوظ في مستوى القلق بالمقارنة بالمجموعتين الضابطين. لكن المجموعة الأولى والثانية لم تختلفا فيما بينهما إختلافا جوهريا. لهذا يقرر المحرر أن أسلوب التطمين المنظم يلعب دورا فعالا في تعديل سلوك بعض الأنماط الفصامية" P.24.

وهناك أيضا نتائج إيجابية نشرت عن أربع حالات مرضية: حالتان منهما قدمهما (كاوين) و (فورد) <sup>(٦٢)</sup>. وتصف الحالة الأولى مريضا فصاميا من النمط الهجاسي ، تم إختياره للعلاج بالتطمين المتدرج لأنه كان ينزعج ويضطرب للغاية عندما يتحدث مع أشخاص آخرين. ويشير التقرير إلى أن هذا المريض قد استطاع في نهاية العلاج بالتطمين المتدرج أن يتحدث للآخرين بحرية أكثر، أما الحالة الثانية فهي أيضا لمريض هجاسي، كان ينزعج للغاية إذا ما ترك حجرته دون أن يرجع من جديد بطريقة قهرية لكي يتأكد أنه لم ينسى شيئا وراءه وقد تضمن علاج هذا المريض عددا من الأساليب إشملت على أسلوب التطمين والترويم الصناعي والتدريب على التخيل الحي. وتشير النتائج إلى قدر مقبول من النجاح.

وفي حالتين أخريين <sup>(٦٣)</sup> تبين أن الهلاوس يمكن التقليل منها أو إزالتها باستخدام التطمين المنظم. وفي كلتا الحالتين كان يبدو أن القلق أو التوتر هو العامل الرئيسي لظهور هذه الهلاوس. ونتيجة لهذا فإنه أمكن علاج هؤلاء المرضى في المواقف التي كانت تستثير لديهم القلق أو التوتر. ففي حالة منها كان التدخين هو مصدر القلق. لذلك حاول المعالج تعديل

عملية التدخين فضلا عن استخدام أساليب للإقلال من التدخين الفعلي. ومن ثم فإن نتائج التطمين في هذه الدراسة كانت مختلطة إلى حد بعيد بالإقلال من التدخين. والحالة الأخرى قدمت بدورها دليلا إيجابيا على مدى فاعلية هذا الأسلوب لكن هناك أيضا دراسات تثبت عدم فاعلية أسلوب إزالة الحساسية مع المرضى الفصامين. لكن يمكن إقامة كثير من الحجج ضد تلك الدراسات التي لم تكشف عن فاعلية أسلوب التطمين. ولعل أقوى حجة هي أن على ممارس العلاج السلوكي أن يتذكر دائما أن هذا الأسلوب قد تطور من أجل علاج المشكلات المرتبطة بالقلق اساميا، وأن غالبية المحاولات العملية يجب أن تتم في داخل هذا النطاق.

ويبدو لي في ضوء أوجه القصور المعرفية والدافعية لدى الفصامين أن إجراءات التطمين المنظم مع التعرض لمواقف حية ذات نتائج أفضل. وبالرغم من أن أحد الباحثين <sup>(٦٤)</sup> يذكر على سبيل المثال أن أسلوب التطمين المنظم لا يثمر عن فائدة تذكر بين الفصامين، فإنه يقرر أن استخدام هذا الأسلوب مع التخيل الحي قد أدى إلى تناقص ملحوظ في الهلاوس الصوتية. كذلك ينجح باحثان آخران <sup>(٦٥)</sup> في رصد بعض النجاح لأسلوب التخيل الحي في علاج مريض لم يكن قادرا على ترك حجرته دون معاودة الرجوع القهري لها. فضلا عن هذا تبين نجاح هذا الأسلوب في علاج مريض فصامي هجاسي كان يخشى الخروج من المستشفى خوفا من أن تقتله المخابرات المركزية. والحقيقة فإن الدلائل تشير إلى نجاح هذا الأسلوب بشكل خاص مع الفصامين. ولا توجد بحوث تنحض حتى الآن فاعلية أسلوب التطمين المتدرج المصحوب بالتخيل الحي في علاج اضطرابات الخوف والقلق لدى الفصامين .

## References

## الخلاصة

1. American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third Edition-R. Washington, D.C.: APA.
2. Hagen, R. (1975). Behavioral therapies and the treatment of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 70-96.
3. Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
4. Bellack, A. S., & Muesser, K. T. (1990). Schizophrenia. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd Ed., pp. 353-370). New York: Plenum Press.
5. Dawson, M.E., & Nuechterlein, K. H. (1984). Psychological dysfunctions in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 204-232.
6. Bellack, A. S., & Muesser, K. T., (1990). op. cit.
7. Ibid.
8. Diamond, R. (1985). Drugs and quality of life: The patient point of

أصبح من الممكن للمرضى العقليين والفصامين - بفضل تطور مناهج العلاج السلوكي والمعرفي - أن يكتسبوا كثيرا من السلوك الإيجابي، وأن يتخلصوا من الجوانب الفكرية والسلوكية الشاذة . وأن يتطوروا بإمكانياتهم في التوافق الاجتماعي والمهني . وقد ناقش هذا الفصل العناصر السلوكية الداخلة في تعريف الأمراض العقلية الذهانية بما فيها الفصام والاكتئاب تمهيدا لشرح خطة علاجها السلوكي . فضلا عن هذا قدم هذا الفصل بعض المعتقدات الخاطئة (المزاعم) التي انتشرت بين المختصين في الصحة العقلية والطب النفسي، والتي كان من شأنها اعاقا نمو المناهج العلمية في العلاج النفسي وتعطل ظهور حركة العلاج السلوكي للفصام والأمراض العقلية.

وقد أوضح هذا الفصل أنه بالرغم من أن الأساليب السلوكية التي أمكن توليفها في علاج المرضى الفصامين ضئيل نسبيا، فإن النتائج تشير إلى فعالية هذه الأساليب ونجاحها في علاج كثير من الجوانب السلوكية الفصامية. ومن ثم ناقشنا أهم هذه الأساليب مع نماذج من تطبيقاتها في ميدان الفصام، وأهم المشكلات التي يمكن أن يواجهها المعالج السلوكي عند التطبيق وبعض الحلول المقترحة لذلك.

16. Krasner, L. (1990). History of behavior modification. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd Ed., pp. 3-20), New York: Plenum Press.
17. Hagen, R., (1975). op. cit.
18. Paul, G. L. (1971). Chronically institutionalized mental patients: Research and treatment. Paper presented to the Third Annual Conference on Behavior Modification, Los Angeles, California.
19. إبراهيم عبد الستار (١٩٨٧) علم النفس الاكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفس الرياضي: دار المربح.
20. Meichenbaum, D. H. (1969). The effects of Instruction & reinforcement on thinking and language behavior in schizophrenics. *Behavior Research and Therapy*, 7, 101-114.
21. Bellack, A. S. (1986). Schizophrenia: *Behavior therapy's* forgotten child. *Behavior Therapy*, 17, 199-214.
22. Bellack, A. S. (1989). A comprehensive model treatment of schizophrenia. In A. S. Bellack (Ed.), *A clinical guide for the*

view. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 29-35.

9. Kazdin, A. E. (1980). *Behavior modification in applied settings*. Homewood, Ill. Dorsey.
10. Carpenter, W. T., Heinrichs, D.W., & Alphas, L.D. (1985). Treatment of negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 440-452.
11. Hogarty, G. E., Schooler, N. R., & Ulrich, R., et al. (1979). Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 45, 797-80.
12. Gardos, G., & Cole, J. O. (1976). Maintenance antipsychotic therapy: Is the cure worse than the disease? *American Journal of Psychiatry*, 133, 32-36.
13. Carpenter, W. T., Heinrichs, D. W., & Alphas, L.D., op. cit.
14. McEvoy, J. P. (1983). The clinical use of anticholinergic drugs as treatment for extrapyramidal side effects of neuroleptic drugs. *Journal of Psychopharmacology*, 3, 288-302.
15. Auhowe, J. M., & Krasner, P. A. (1986). Preliminary report on the application of contingency reinforcement procedures (token economy) on a "chronic" psychiatric ward. *Journal of*

29. Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for Psychiatric patients*. New York: Pergamon Press.
30. O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1975). *Behavior therapy: Application and outcome*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall, Inc.
31. Ibid.
32. Agras, W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 124, 240-243.
33. Winkler, R. C. (1972). A theory of equilibrium in token economy. *Journal of Abnormal Psychology*. 79, 169-173.
34. Leventhal, H., Zimmerman, R., & Guttman, M. (1984). Compliance: A self-regulatory perspective. In *Handbook of behavioral medicine* (Ed.) W. D. Gentry. New York: Guilford Press.
35. Athow, J. M., & Krasner, P. A. (1968). Preliminary report on the application of contingency reinforcement procedures (token economy) on a "chronic" psychiatric ward. *Journal of Abnormal Psychology*. 73, 37-43.
- treatment of schizophrenia* (pp. 1-22). New York: Plenum.
23. Bellack, A.S., & Mueser, K. T., (1990). Schizophrenia. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. (2nd Ed., pp. 353-370). New York: Plenum Press.
24. Bucher, B., & Fabricatore, J. (1970). Use of patient-administered shock to suppress hallucinations. *Behavior Therapy*. 1, 382-385.
25. Burish, T. G., Bradley, L. A. (Eds.) (1983). *Coping with chronic diseases: Research and applications*. New York: Academic Press.
26. Hersen, M. & Bellack, A. S. (1976) Social skills training for chronic psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*. 17, 559-580.
27. Agras, W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 124, 240-243.
28. Hersen, M., & Bellack, A. S. (1976) *op. cit.*



43. Hersen, M., Kazdin, A.E., & Bellack, A. S. (Eds.) (1986). *The clinical psychology handbook*. New York, NY: Pergamon Press.
44. Ayllon, T., & Azrin, N.H. (1968). *The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.
45. Ayllon, T. & Houghton, E. (1962). control of the behavior of schizophrenic patients by food. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*. 5, 343-352.
46. Ibid.
47. Ayllon, T., & Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*. 2, 323-334.
48. Ibid.
49. Agras, W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 124, 240-243.
50. Rutter, I. T., & Bugle, G. (1969). An experimental procedure for modification of psychotic behavior. *Journal of Con-*

36. Kazdin, A. E. (197). *The token economy: A review and evaluation*. New York: Plenum.
37. Kazdin, A. E. (1980). *Behavior modification in applied settings*. Homewood, Ill.: Dorsey.
38. O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1975). *Behavior therapy: Application and outcome*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
39. Agras, W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 124, 240-243.
40. Morrison, R. L. (1990). Interpersonal dysfunctions. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. (2nd Ed., pp. 503-522). New York: Plenum Press.
41. Craighead, W. E., Kazdin, A. E., & Mahoney, M.J. (1976). *Behavior modification: Principles, issues, and applications*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
42. Dawson, M. E., & Nuechterlein, K. H. (1984). Psychological dysfunctions in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 204-232.

61. Zeisset, R. M. (1988). Desensitization and relaxation in the modification of psychiatric patients' interview behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 73, 18-24.
62. Ibid
63. Ibid
64. Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Muesser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. New York: Pergamon Press.
65. Bellack, A. S. (1989). A comprehensive model treatment of schizophrenia. In A. S. Bellack (Ed.), *A clinical guide for the treatment of schizophrenia* (pp. 1-22). New York: Plenum.

51. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.
52. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.
53. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.
54. Meichenbaum, D. H. (1969). The effects of instruction and reinforcement on thinking and language behavior in schizophrenics. *Behavior Research and Therapy*. 7, 101-114.
55. Ibid.
56. Ibid.
57. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.
58. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.
59. Morrison, R. L. (1990). Interpersonal dysfunctions. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd Ed., pp. 503-522). New York: Plenum Press.
60. Wolpe, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy*. New

## الفصل الثالث عشر

### البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسرى

#### ودورها فى علاج اضطرابات

#### السلوك النفسى

أ- الإقتصاد الرمضى (١)

يتضمن أسلوب الإقتصاد الرمضى ما يأتى :

١- تحديد جوانب السلوك المرغوب تعديلها بين المرضى فى العنبر العلاجى (محدد أنواعاً).

٢- تحديد الأشياء ذات الطابع التدعى لكل مريض (سجائر - فاكهة - بطاقة خروج للزيارة - نشاطات ترفيهية - نشاطات إجتماعية - إبداعية الخ).

٣- وسائل للتبادل تستخدم لكافة جوانب السلوك النوعية المرغوبة (تراكم نقاط إيجابية معينة عند أداء السلوك المرغوب تترجم بعد ذلك لعطاء ملموس). ومن المنطقى أن نعتبر أى سلوك يؤدى الى الحجز فى مستشفى عقلى، أو الى التوافق مع المجتمع والعنبر نعتبره سلوكاً يرغب المريض فى بذل الجهد والوصول إليه.

يؤكد (ايلون) و(ازدين) (١) أن استخدام مدعم شرطى يقوم مقام تدعيم المباشر، يتميز بخمس مزايا رئيسية على الأقل هي :

١- يسمح هذا الأسلوب بعبور فترة التأجيل التى تحدث بين ظهور الإستجابة المرغوبة وظهور المدعم، وبالتالي يؤدى إلى تبلور وتأكيد الإستجابة بقوة.

٢- يسمح الإقتصاد الرمزي بتدعيم الإستجابة فى أى وقت تحدث فيه فوراً بينما ينحصر تأثير التدعيم الأولى عادة فى زمان ومكان معين.

٣- يسمح أسلوب الإقتصاد الرمزي بظهور سلاسل من الإستجابات القابلة للتدعيم دون بتر أو تشتت ناتج عن ظهور المدعم.

٤- يساعد هذا الأسلوب على تقوية فاعلية المدعم الذى تتأثر قوته للتشبع بالنبه، أو لتفضيل الفرد لمدعم دون الآخر.

٥- يكتسب هذا الأسلوب قيمة دافعية أكبر من المدعمات الأولية المباشرة لأنه يمكن تطبيقه على جماعات أكبر.

وهناك عوامل هامة يجب الالتفات إليها عند تطبيق مثل هذه البرامج منها :

١- العوامل المتعلقة بتأيد القوة الإدارية :

لاشك أن من أهم العوامل التى تساعد على نجاح برامج "التدعيم الرمزي" تلك التى تتعلق بدور هيئة الإدارة فى المؤسسة، ومقدار السلطة

لتى تعطىها للمعالج السلوكى لكى يضع ويقيم برنامجاً من هذا النوع (٢). أن هناك أيضاً قدراً كبيراً من ( القوة الفعلية) يكمن فى المستويات الإدارية لأصغر. لهذا فمن أهم واجبات المعالج السلوكى أن يحصل على تأييد هؤلاء الذين يحكمون القوة فى المستويات المختلفة Krasner and Athowe, 1971. ولعل من أكثر الطرق المعقولة والمنطقية للتعامل على تأييد وتعاون العاملين والإدارة هو سؤالهم بشكل مباشر عن المشكلات التى واجههم والتى يمكن أن تساعد على حلها مع إشراكهم فى بعض لسلوكيات المتعلقة بتنفيذ البرنامج.

١- العوامل المتعلقة بتدريب العاملين وإختيارهم :

أن العصب الرئيسى لنجاح أى برنامج علاجي يعتمد على هيئة عاملين المباشرة ( أى المشرفة على العنبر). فبيدهم القدرة على ملاحظة سلوك المرضى، ووضع الأحكام، وتنظيم عمليات المنح وتطبيقها. لذلك فمن ضرورى توجيه رعاية شديدة لإختيار العاملين وتدريبهم على تطبيق برنامج.

ومن المقرر أن وجود عاملين (مرضى، أو مساعدين-الخ) غير لتتبعين بتطبيق أسلوب علاجي معين، قد تكون له نتائج خطيرة فى إفساد البرنامج. فضلا عن هذا فإن تطبيق برنامج العلاج السلوكى مشوب ببعض ضحايا الحساسية مثل «حقوق المرضى» و«الضبط» وغير ذلك. ولهذا مهما بلغ مستوى تدريب العاملين، فإن أداؤهم قد يكون ضعيفا للغاية إذا أنت فلسفاتهم وتصوراتهم عن الإنسان تجعلهم ينظرون شلوا أو يعين لك إلى هذه الأساليب.

وعلى العموم، فإنه يمكن أن نجد الكثير من أساليب تدريب العاملين على الأسس السلوكية والتكنيكات المختلفة للعلاج السلوكي، ولذلك فلا بد من تركيز بعض النشاط في هذا المجال لأن هذه القضية لاتمس تدريب العاملين فقط، بل تمس أيضا بعض القضايا العامة التي قد يثيرها حتى زملاء المهنة المتعصبون. وعلى أية حال، فمن الواجب التنبيه للأطر الفلسفية العاملين قبل الدخول في عملية تدريبهم على الإطلاق.

ويجب أن تتضمن برامج تدريب العاملين إطلاعهم على المبادئ الرئيسية للتعليم كالتدعيم، وضبط المنبه، والجدولة الزمنية، والأنظمة وغير ذلك. هذا فضلا عن التدريب في داخل العنبر نفسه مع إعطائهم بعض العائد والتصحيح لأدائهم.

وينبغي تدعيم العاملين إيجابيا إذا ما أظهروا قدرا من الكفاءة على الاستفادة من التدريب. وهذا ضروري مهما بلغ مستواهم من التدريب ومن أشكال التدعيم في هذا المجال استخدام التشجيع اللفظي، والمدح ولو أن بعض الباحثين يرى أن التدعيم الملموس (كالمكافآت المادية) قد يؤدي إلى نتائج أفضل وبالرغم من أن هذه الدراسات تبتكر عددا من الاقتراحات للتغلب على هذه المشكلة فإن البحوث لاتزال قليلة في هذا الاتجاه.

ومن الإجراءات المقترحة لزيادة مشاركة المرضى في البرامج العلاجية ما يسمى (بالاستجابة التمهيدية) أو (عرض العينات) (٥). وتتضمن هذه الإجراءات أساسا عملية عرض الاستجابة المرغوبة أو الإغراء بها أو الحث على ممارستها وتدل البحوث أن هذه الإجراءات، مشجع ومفيد في كثير من الحالات.

ومن الأساليب الأخرى في هذا المجال ما يسمى (بمبدأ برماك-Prac Mack's Principle) وهو يتعلق باستخدام سلوك مفضل وشائع كمدعم لظهور سلوك آخر قليل الشيوع (إبراهيم، ١٩٨٣). وعلى سبيل المثال، استخدم هذا الأسلوب مع مجموعة من المرضى الطبيعيين في عنبر علاجي بنجاح وقد أمكن الباحثين أن يساعدوا على ظهور وتأكيده قدرة المرضى على العمل والنشاط بشكل متنسق باستخدام عدم النشاط (في هذه الدراسة الجلوس في العنبر) كمدعم.

ويقترح (كازدين) (٧) ثلاثة إجراءات أخرى تشجع على المشاركة وهي: التفسير من شكل القيسة التي يتضمنها التدعيم، إدماج المريض في التخطيط للبرنامج وتطوير خططه، استخدام أسلوب مجازاة-الإستجابة عندما يعترف الشخص عن الإستجابة للبرنامج العلاجي. ويؤدي الإجراء الأول فيما تبين البحوث (٨) إلى ظهور الإستجابة المرغوبة (المشاركة)، أما أسلوب إدماج المريض في التخطيط للبرنامج فلم يلق كثيرا من البحث، ولو أنه مشجع.

أما أسلوب مجازاة-الإستجابة (والذي سيكون موضوعنا بعد قليل) فيؤدي إلى نتائج ذات شكل مركب، ولو أنه واعد بشكل عام. وهناك أساليب أخرى لتشجيع المرضى على المشاركة منها وضع المريض مع مجموعات غير متجانسة من المرضى وذلك لخلق- (نموذج) جيد أمام المريض المتعاس أو المتكاسل.

### ٣- مجازاة الإستجابة :

اعتمدت برامج الإقتصاد الرمزي المبكرة مع الفصامين على قانون

تدعيم الإيجابي فقط عندما يظهر السلوك المرغوب. لكن البرامج الحديثة تضمن أيضا أسلوب مجازاة الإستجابة، أي تغريم المريض عندما يظهر سلوك غير المرغوب .

وبالرغم من أن هذا الأسلوب يستخدم في الوقت الراهن مع كل أنماط السلوك السوي تقريبا (أي أشكال السلوك التي تعوق توافق المريض مع مجتمعه الخارجي) فإنه بدأ يطبق أيضا في علاج المشكلات السلوكية في داخل العنبر (مثل الميل للهدم والتدمير).

وتتفق التقارير فيما بينها على أن أسلوب مجازاة الإستجابة يؤدي إلى تناقص ملحوظ في السلوك غير المرغوب (٩) ، ولو أن هناك تعارض فيما يتعلق بكيفية استخدام هذه الأساليب. وعلى سبيل المثال يوصى البعض (١٠) بالحد من استخدام الغرامة أو الجزاء، أو التقليل من استخدامها على الأقل .

وتدل البحوث المتجمعة عن استخدام هذا الأسلوب إلى أن مخاوفنا من استخدامه مخاوف مزعومة أو مبالغ فيها على أحسن الأحوال. فعلى سبيل المثال أثبت هذا الأسلوب كفاءته إذا ما استخدم مع الأساليب الأخرى في زيادة السلوك المرغوب، وتناقص السلوك غير المرغوب مع مجموعة من المرضى السيكياتريين. فضلا عن هذا ، لم يثبت وجود أعراض جانبية سببت على متغيرات كالعدوان، أو النزعة التدميرية والهروب من الإستجابة، وغيرها من بحوث التعلم التي بنيت على أساس بعض التوقعات المأفوزة

من بحوث التعلم الحيواني .

ولعل من المشكلات الأساسية في استخدام أسلوب مجازاة الإستجابة هي أن الجزاءات على بعض المرضى تتراكم، مما يؤدي إلى إحباطهم وبالتالي التدهور في سلوكهم وعلى سبيل المثال وجد البعض أن استخدام هذا الأسلوب للتقليل من بعض الجوانب المرضية كالعدوان، قد أدى إلى زيادة في هذه الجوانب بتزايد تراكم الجزاءات التي فرضت على المرضى. ولهذا عمد الباحثون إلى ابتكار أسلوب (حق شراء هذه الجزاءات) من قبل المرضى الآخرين لزيادة التدعيم الإيجابي (١١) وقد حاول آخرون (١٢) التغلب على المشكلات التي يثيرها تطبيق أسلوب مجازاة- الإستجابة بإبتكار أسلوب يقوم على تدعيم المريض عندما لا يمارس السلوك غير المرغوب ، ويسمى هذا الأسلوب (بالتدعيم الفارق للسلوك الآخر). وتقوم فكرته الأساسية على مكافأة المريض عندما يبدى السلوك المعاكس للسلوك غير المرغوب فبدلا من مجازاته لأنه مشاكس مثلا يمكننا مكافأته عندما يصبح هادئا وإيجابيا ..

### ب- العلاج السلوكي الأسري والنصار

من المعروف الآن أن نسبة كبيرة من المرضى العقلين تعيش في داخل أسر عادية. في الولايات المتحدة - مثلا- تدل الإحصائيات على أن 73% من الفصامين تعيش خارج المستشفيات والمصحات العقلية، أي في كتف الأسرة أو رعاية الأقارب (١٣) قد حدث هذا التغير بالطبع بعد تطور الرعاية

طبية وتطور العقاقير المضادة للذهان منذ ٤٠ عاماً، وقد كان ينظر لهذا تغيير في وقته على أنه علامة إيجابية وصحية، لكن صحبته للأسف لسيارات سلبية ومشكلات تتعلق بالأسرة. لقد أصبحت أسرة الفصامي عرضة للضغوط والتوترات النفسية بسبب معاشتها لمرضى عقلي في زل. وفي أحسن الأحوال تجد الأسرة نفسها مقيدة عن الحركة، والتفاعل إيجابى بالمجتمع الخارجى أما بسبب المريض نفسه وما يحتاجه لرعاية، بسبب إحساس الأسرة بالحنجبل منه، أو بسبب مخاوف فى الأفراد أو ماعات الخارجية نفسها من الإحتكاك بمرضى عقلي (مجنون).

.. وفى مثل هذا الجو تختل أنماط الإتصال والتفاعل الإيجابى، وتكون اقرب ذلك وخيمة حتى على المريض نفسه، مما يجعله معرضاً للإلتكاس وودة الأعراض الفصامية للظهور (١٤، ١٥). ولهذا فقد تطور ما يسمى علاج السلوكى الأسرى خلال الـ ١٠ سنوات الأخيرة. ومناهجه تهدف لكل عام إلى تحقيق هدفين رئيسين :

١- تعديل الآثار السلبية الموجهة من الأسرة للمريض.

٢- إعانة الأسرة ومساندتها على التعايش مع المرض العقلى.

ومن بين أهم التطورات فى العلاج الأسرى الفصامى تلك التى ظهرت اعتماد على ما يسمى (بنموذج فالون) (Falloon Model) ويمتضى هنا وذج الذى ابتكره العالم السلوكى والمعالج الأسرى « فالون ». يهتم

المعالج بتدريب أفراد الأسرة الفصامية جميعهم على أنماط فعالة من الإتصال والتفاعل فيما بينهم. وينقسم العلاج - وفق هذا النموذج إلى أربعة عوامل هى:

١- التقييم: أى تحديد المشكلات وأنواعها فى داخل الأسرة.

٢- إعطاء معلومات علمية دقيقة عن المرض العقلى يوضح من خلالها دور العوامل البيولوجية والإجتماعية دون تحيز.

٣- تدريب أفراد الأسرة على التفاعل والتواصل.

٤- تدريبهم على حل المشكلات.

وتتم جلسات العلاج أما فى العيادة النفسية مع كل أفراد الأسرة، أو فى داخل الأسرة ذاتها حتى تتاح للمعالج فرصة الإطلاع المباشر على ظروف الأسرة وتفاعلاتها على الطبيعة، ولتجنب إلغاء المواعيد. وعادة ما يقوم المعالج بلقاء كل فرد من أفراد الأسرة على حدة فى البداية وقبل أن يجمعهم معاً فى جلسات العلاج مع الأسرة حتى يتعرف على إحتياجات مشكلات كل منهم على إنفراد ومدى ما يعرفونه عن الفصام وتقديرهم الخاص للمشكلة.

ونظراً لأن هذا النموذج يركز على تدريب مهارات الإتصال فقد ركز فالون ( وزملاؤه على إكتشاف المتغيرات المختلفة التى يتضمنها هذا مفهوم حتى تدريب كل منها على حدة بوضوح المكونات الرئيسية التى تتضمنها هذا النوع من التدريب .

المكونات الرئيسية لمهارات الإتصال والتي  
يتم علاجها في الأسرة القسامية

نوع الإتصال	نوع الإتصال
الإصغاء النشط والإيجابي	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أنظر إلى الشخص</li> <li>- عبر وقل شيئاً يوحى بأنك تسمعه .</li> <li>- إسأل أسئلة توضيحية</li> <li>- تحقق منه عما تسمع بين الحين والآخر .</li> </ul>
التعبيرات الناتجة عن مشاعر إيجابية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- حافظ على تعبيرات وجهية ودية .</li> <li>- ابتسم</li> <li>- عبر بالضبط عما يسمع منك .</li> <li>- تصرفاته .</li> </ul>
التماسات إيجابية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- حافظ على تعبيرات وجهية ودية .</li> <li>- قل بالضبط ما تطلب منه أن يؤديه .</li> <li>- أخبره عما سيؤدي إليه إنجاز ذلك من شعور لديك .</li> </ul>

نوع الإتصال	نوع الإتصال
التعبير الجاد عن المشاعر السلبية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- أنظر إليه بتعبيرات وجهية سارة :</li> <li>- تحدث بحزم</li> <li>- قل بالضبط ما فعله الشخص من شيء ضايقك .</li> <li>- أخبره عن شعورك الذي أدى إليه تصرفه السلبي .</li> <li>- اقترح عليه تصرفاً بديلاً لتجنب حدوث ذلك في المستقبل .</li> </ul>
التفاوض والتصالح	<ul style="list-style-type: none"> <li>- انظر إلى الشخص</li> <li>- وضع وجهة نظرك</li> <li>- اصنع إلى وجهة نظره</li> <li>- كرر ما سمعته منه</li> </ul>
الإبتعاد عن الموقف المتأزم	<ul style="list-style-type: none"> <li>- وضع أن الموقف أصبح الآن متازماً .</li> <li>- أخبر الشخص أن الموقف لا يسمح الآن بإتصال إيجابي .</li> <li>- قل إنك يجب أن تبتعد مؤقتاً</li> <li>- وضع متى سترجع وأظهر رغبتك في الحل بعد العودة .</li> </ul>



وفى تقرير حديث عن العلاج السلوكى للفصام (١٨) تبين أن هذا النموذج من العلاج الأسرى قد أدى - فى دراسة مضبوطة على ٣٦ فصامياً - إلى نتائج إيجابية واضحة . ومن أبرز هذه النتائج أن الإبتكاسات الفصامية وصلت إلى ١٧٪ فقط من المجموعة التى خضعت للعلاج الأسرى مقابل ٨٣٪ فى المجموعة الضابطة التى لم تلتق هذا العلاج . كذلك قلت عموماً نسبة العودة للمستشفى ، وتناقصت كمية العقاقير المضادة للذهان ، وزادت فرص النجاح الإجتماعى والمهنى فى داخل المجموعة التى حظيت بهذا النوع من العلاج .

وعلى العموم ، فإن نتائج العلاج السلوكى الأسرى إيجابية للغاية ، وتوحى بإمكانيات علاجية واعدة .

## الخلاصة

يكمل هذا الفصل سابقه من حيث التعرض لمناهج العلاج السلوكى فى تعديل اضطرابات السلوك الذهانى - الفصامى ، وذلك بالتركيز على مايسمى بمناهج الاقتصاد الرمضى والعلاج الأسرى - السلوكى .

ولكى يكون هذا الفصل مرشداً جيداً للخبراء النفسيين ولاخصائى الصحة العقلية فى مستشفيات ومصححات الأمراض النفسية والعقلية ، فقد أوضحنا عند شرح أسلوب الاقتصاد الرمضى لطرق اجرائه ، ومزاياه بالمقارنة بالأساليب الفردية (التي تعرض لها الفصل السابق)، وأهم المشكلات التى يثيرها هذا الأسلوب عند استخدامه وكيفية التعامل معها .. والحلول المقترحة بشأن الحصول على تأييد القوة الادارية فى داخل المؤسسة ، وتدريب العاملين واختيارهم ، وبعض القضايا الخلقية المرتبطة بتنفيذ هذا الأسلوب .

أما الجزء الأخير من هذا الفصل، فيتعرض للتطورات الحديثة المرتبطة بنمو العلاج السلوكى الأسرى وامكانيات تطويعها للتعامل مع المرضى العقليين . ومن ثم فقد ركزنا هنا على شرح أحد النماذج الفعالة فى العلاج السلوكى - الأسرى والمعروف بنموذج فالون، الذى يعطى تركيزاً رئيسياً لتدريب مهارات الاتصال والتفاعل فى داخل الأسرة الفصامية بهدف تعديل الآثار السلبية الأسرية على نمو الاعراض الفصامية وتفاقمها ، مع اعانة الأسرة ذاتها على التعايش مع المريض الفطلى بأقل قدر ممكن من التوتر والصراع .

7. Kazdin, A. E. (1990). Conduct disorders. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. (2nd. Ed., pp. 669-706). New York: Plenum Press.
8. Winkler, R. C. (1972). A theory of equilibrium in token economies. *Journal of Abnormal Psychology*. 79, 169-173.
9. إبراهيم ، عبد الستار (١٩٨٧). *عل النفس الاكلينيكي : مناهج التشخيص والعلاج النفسى - الرياض : دار المريخ*.
10. Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Muesser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. New York: Pergamon Press.
11. Paul, G. L. (1974). Chronically institutionalized mental patients: Research and treatment. Paper presented to the Third Annual Conference on *Behavior Modification*. Los Angeles, California.
12. Upper, D. A. (1979). A "ticket" system for reducing ward rules violations on a token economy program. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 4, 137-140.

## References

1. Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1968). *The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.
2. Hagen, R. (1979). Behavioral therapies and the treatment of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*. 13, 70-96.
3. Krasner, L. (1990). History of behavior modification. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. (2nd Ed., pp. 3-20), New York: Plenum Press.
4. Kazdin, A. e. (1977). *The token economy: A review and evaluation*. New York: Plenum.
5. Kazdin, A. E. (1980). *Behavior modification in applied settings*. Homewood, Ill.: Dorsey.
6. Kazdin, A. E. (1986). Treatment research: The investigation and evaluation of psychotherapy. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.) *The clinical psychology handbook*. New York, N.Y.: Pergamon Press.

٧	تمهيد
١١	الباب الأول : نظرة عامة في الاضطرابات النفسية وعلاجها
١٣	الفصل الأول : نحن والاضطرابات النفسية والعقلية
٥٧	الفصل الثاني : شئ عن العلاج النفسى عبر العصور
٨١	الفصل الثالث : لمحة على أساليب العلاج النفسى الحديثة
١١١	الباب الثانى: العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث
١١٣	الفصل الرابع : علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقة متدرجة
١٥٣	الفصل الخامس : أسلوب الاسترخاء
١٨٣	الفصل السادس: أسلوب تأكيد الذات والحرية الانفعالية والتدريب على المهارات الاجتماعية
٢٢٧	الفصل السابع : قوة التدعيم
٢٧٣	الفصل الثامن : العقلانية أو تعديل اخطاء التفكير
٢٤٣	الفصل التاسع : علاج نون معالج : الأساليب الحديثة فى العلاج الذاتى

13. Muesser, K. T. (1989). *Behavioral family therapy*. In A. S. Bellack (Ed.), *A clinical guide for the treatment of schizophrenia*. (pp. 207-236), New York: Plenum.
14. Madanes, C. (1988). *Strategic family therapy*. California, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
15. McGee, J., Menolascino, F. J., Hobbs, D. C., & Menousek, P. E. (1987). *Gentle Teaching: A non aversive approach to helping persons with mental retardation*. New York: Human Sciences Press.
16. Falloon, I. R. H. (1985). *Family management of schizophrenia*. Baltimore: John Hopkins University Press.
17. Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: Guilford Press.
18. Bellack, A. S., & Muesser, K. T., (1990). Schizophrenia. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. (2nd Ed., pp. 353-370). New York: Plenum Press.

٢٧٧	الباب الثالث: العلاج السلوكي لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية
٣٧٩	الفصل العاشر: العلاجات السلوكية لمشكلات الطفل
٤٠٣	الفصل الحادي عشر: الاضطرابات العصابية والقلق
٤٤١	الفصل الثاني عشر : العلاجات السلوكية والاضطرابات العقلية : الفصام خاصة
٤٧٩	الفصل الثالث عشر: البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسري ويورها في علاج اضطرابات السلوك القسامي

رقم الإيداع : ٩٣/١١١٨٠٠

I.S.B.N

977-5499 - 11 - 9

## هذا الكتاب

يشهد مسرح العلاج السلوكي في الوقت الراهن تطورات هائلة وقد أثبتت هذه الحركة بسبب منهجيتها العلمية ومرونة مفاهيمها أنها تشكل تحدياً قوياً للمفاهيم التقليدية من العلاج النفسي ، وأنها بالفعل ثورة في ميدان علاج اضطرابات السلوك الإنساني ومشكلاته .

ومن ثم يقدم لنا مؤلف هذا الكتاب اعتماداً على خبرته الأكاديمية العملية في ممارسة العلاج السلوكي - المعرفي صورة تتميز بالعمق والشمول عن المفاهيم الرئيسية لهذه المدرسة بما في ذلك أساليبها العملية ، وتطوراتها النظرية فضلاً عن تطبيقاتها في علاج أهم ميادين الاضطرابات النفسية والعقلية لدى الأطفال ، والبالغين ، بما في ذلك حالات القلق واضطرابات الطفولة واضطرابات التفكير والفصام .

ويتميز الكتاب بلغة واضحة وبسيطة مع استخدام كثير من الأمثلة والحالات الشارحة والتركيز على طرق الممارسة وتنفيذها ، مما يجعله قادراً على مخاطبة المتخصص وغير المتخصص ، وذلك دون إخلال بمحتويات المنهج العلمي وإمكانات تطويع مفاهيمه في فهم القضايا المعقدة من السلوك البشري وضبط اضطراباته .

### الناشر

المؤلف : د. عبد الستار إبراهيم

أستاذ علم النفس الإكلينيكي والعلاجي ورئيس قسم الطب النفسي لكلية الطب ، جامعة الملك فيصل ، عضو وزميل بكثير من الهيئات العلمية الدولية بما فيها جمعية الصحة العقلية ( منظمة الصحة الدولية ) جمعية علم نفس الأمريكي وجمعية العلاج السلوكي الأمريكي ، يعمل فضلاً عن ذلك ، دكتوراه الفلسفة في علم النفس ، البورد الأمريكي في الرعاية الصحية - العقلية ، والبورد الأمريكي في العلاج النفسي الطبي ، وإجازة الممارسة المهنية في علم النفس من ولايتي ميتشجان وكاليفورنيا بأمريكا . نشر له الكثير من البحوث والمقالات العامة والمتخصصة ، وقدم للمكتبة العربية كثير من المؤلفات المعروفة في مجالات علم النفس والعلاج السلوكي .

### المراسلات : جماعة الوسطية

٣٣ من محمد كامل الحارثي من ش. أحمد فخري المنطقة السادسة - مدينة نصر - القاهرة ت : ٢٧٤٨٩٢

مطبعة الموسكى ٢٢٠٣٤٠١ ، ١٠١٤٤٣٣٩٥

توزيع الدار العربية للنشر والتوزيع

٣٢ من محمد كامل - مدينة نصر - القاهرة ت : ٢٧٥٣٣٥٥ فاكس : ٢٧٥٣٣٨٨